

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

CARLA LEAL CUNHA CAMPO

DEPRESSÃO INFANTIL NO ÂMBITO DA PSICOLOGIA

CRICIÚMA

2013

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

CARLA LEAL CUNHA CAMPO

Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de pós-graduação em especialização em Saúde Mental, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Orientado pela professora Ms. Schirley Dos Santos Garcia.

DEPRESSÃO INFANTIL NO ÂMBITO DA PSICOLOGIA

CRICIÚMA

2013

Dedico este trabalho a minha mãe que sempre esteve ao meu lado em meus momentos bons e nos ruins da minha vida. A meu esposo e meu filho que entenderam muitas vezes minha ausência. E aos demais familiares agradeço de coração por terem entendido também minha ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pelo dom da vida, pela fortaleza e coragem que me acompanharam em todos os momentos. Sem Ele nada disso seria possível!

Ao meu marido e ao meu filho que tiveram a paciência de poucas vezes estarmos juntos, mas compreenderam que era para o meu crescimento profissional.

A minha Vó Lygia que sempre me deu apoio emocional e um suporte na minha vida inteira e soube entender minha ausência.

Ao meu pai Lannes e minha mãe Carmen, ambos nunca duvidaram da minha capacidade e sempre acreditaram em mim. Aos meus pais agradeço por me estimularem querer sempre ir atrás de meus sonhos e ideais.

Ao meu irmão querido que muitas vezes ocupado, mas que, quando estamos juntos, me faz ter momentos maravilhosos ao seu lado.

Aos meus sogros Davino e Emiliana, porque abriram mão, muitas vezes de seus compromissos para me ajudar a cuidar de seu neto, para que pudesse estudar ou trabalhar. Nunca deixaram de me ajudar em qualquer situação, estando sempre presentes.

Aos meus avós Lannes e Terezinha, (*in memoriam*) ausentes neste momento feliz da minha vida, eles me fazem muita falta.

Ao meu Avô Ely (*in memoriam*) que também dedico esta vitória de uma etapa vencida, mas que, de onde ele estiver, estará orgulhoso com minhas conquistas. “Amo Você Demais - Difícil é te esquecer”

Agradeço desde já a minha Orientadora Mestra Schirley dos Santos Garcia pela paciência e dedicação.

RESUMO

O presente estudo, intitulado “Depressão Infantil no âmbito da psicologia” constitui-se um estudo exploratório, descritivo, de cunho qualitativo que busca conhecer os fatores que desencadeiam a depressão infantil, bem como sinais, sintomas e tratamento no âmbito da psicologia. A depressão é uma patologia como qualquer outra e pode acometer qualquer pessoa independente de gênero, idade ou nível social. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) traz a depressão como o principal transtorno de saúde mental responsável pela incapacitação do ser humano em suas atividades. Os transtornos depressivos apresentam crescente prevalência na população em geral. A depressão tem sido chamada de “mal do século” devido ao crescente número de diagnósticos realizados. Atualmente tem se observado que além dos adultos, um grande número de crianças e adolescentes apresentam depressão. A depressão é um distúrbio do humor que vem alcançando índices alarmantes de prevalência em todo o mundo, sendo tema de muitos trabalhos da Psiquiatria e Psicologia. Todavia, os estudos sobre a depressão nas crianças são recentes, pouco mais de três décadas. A depressão infantil passou a despertar maior interesse e preocupação dos profissionais de saúde, pois esta patologia traz comprometimentos importantes nas funções sociais, emocionais e cognitivas, interferindo no desenvolvimento infantil, afetando a criança, sua família e o grupo social onde está inserida. Com realização desta pesquisa foi possível constatar que a psicologia com suas diversas abordagens vêm contribuir para os mais variados estudos voltados a depressão infantil. Que a depressão infantil dentro da sua patologia apresenta fatores sociais, biológicos e psicológicos. Que dentre os sintomas como apatia, melancolia, agressividade existe também tentativas de suicídio na qual o profissional deve ficar atento. Enquanto ao tratamento, existe o medicamentoso e também o terapêutico.

Palavras Chaves: Depressão infantil. Melancolia. Baixa autoestima. Apatia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 PSICOLOGIA E SUAS CONFIGURAÇÕES HISTÓRICAS	08
3 AS DIVERSAS ABORDAGENS DA PSICOLOGIA	31
4 DEPRESSÃO SINAIS E SINTOMAS	38
5 HISTÓRICO DA DEPRESSÃO INFANTIL	48
6 DEPRESSÃO INFANTIL	52
7 LISTA DOS SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO	58
7.1 Evolução dos Sintomas com a Idade	59
8 AS CAUSAS DA DEPRESSÃO INFANTIL	63
9 DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO INFANTIL	66
10 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO INFANTIL	68
11 MÉTODO	72
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76

1. INTRODUÇÃO

Depressão é o transtorno de humor que se caracteriza basicamente por tristeza e anedonia, associados à transtornos do sono, alimentação e somáticos (como cefaléia, tonturas, taquicardia, sudorese, diminuição de libido, etc.).

Na criança, mais freqüente que a tristeza é a irritabilidade, mau humor e a anedonia, que é a falta de prazer com as atividades habituais como: brincar, jogar videogame, ver TV, etc.

O conceito “depressão” vem sendo estudado por vários autores e com o decorrer do tempo, foi sendo classificado de diversas formas. Contudo, essa doença é pouco conhecida quando se trata de crianças.

Seus sintomas não são percebidos com facilidade pelos pais e/ou familiares. Dependendo da fase de desenvolvimento da criança, a depressão pode se expressar de forma variada. Os bebês podem apresentar, entre os vários sintomas: expressão facial triste e alterações de apetite e do sono, os pré-escolares podem ter disforia, apatia e isolamento social e os escolares, queixas somáticas, humor depressivo, sentimento de inferioridade e de inutilidade e queda do desempenho escolar, entre as várias manifestações da doença.

É fundamental olhar atento de todos aqueles que estejam envolvidos no dia a dia da criança para que sejam identificadas as mudanças de comportamento e de aproveitamento escolar, e desta forma, agir, preventivamente na evolução da depressão infantil.

O tema mostra-se relevante em ser estudado, devido ao aumento significativo de casos de crianças com depressão, assim como a falta de

capacitação dos professores e familiares quanto ao reconhecimento da doença.

Sendo assim, essa pesquisa tem como objetivo geral coletar o maior número de dados sobre a depressão infantil, sendo necessário fazer uma pesquisa minuciosa do tema abordado, buscando os primórdios da manifestação desta patologia na psicologia e suas configurações históricas.

Os objetivos específicos deste trabalho são: conhecer e identificar os fatores que desencadeiam a depressão infantil, reconhecer os sinais e sintomas da depressão infantil, assim como a abordagem preventiva – terapêutica da mesma.

E para a concretização desta pesquisa será abordado temas como a psicologia e suas configurações históricas bem como as diversas abordagens. A depressão infantil, sinais, sintomas, causas e tratamento.

2. PSICOLOGIA E SUAS CONFIGURAÇÕES HISTÓRICAS

Há milhares de anos atrás, desde que o homem se percebeu como um ser pensante, inserido em um complexo que chamou de Natureza, vem buscando respostas para suas dúvidas e fatos que comprovem e expliquem a origem, as causas e as transformações do mundo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Psicologia é uma das mais antigas e uma das mais novas disciplinas acadêmicas, criando assim um paradoxo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003). Através dos personagens mitológicos se buscou, por muito tempo, explicações para as questões naturais e humanas. Para os Gregos, os Mitos eram narrativas sagradas sobre a origem de tudo. Os poetas-videntes, que narravam os Mitos, possuíam uma autoridade mística sobre os demais, pois eram “escolhidos dos deuses” que lhes mostravam os acontecimentos passados através de revelações e sonhos, para que esses fossem transmitidos aos ouvintes. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A mitologia, com o passar do tempo, se tornou insuficientemente eficaz para a quantidade cada vez maior de questões, e no início do século VI a.C (antes de Cristo), nasce a Filosofia, que significa “Amizade pelo Saber” e define uma forma característica de pensar (pensamento racional), com ela vários filósofos se destacaram. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Alguns fatos históricos que facilitaram o surgimento da Filosofia na Grécia foram as viagens marítimas (descobertas de novos mundos), a invenção do calendário (abstração do tempo), a invenção da escrita moeda (forma de troca), o surgimento da vida urbana (ambiente para propagação), a invenção da escrita

alfabética (registro abstrato de idéias), a invenção da política (Ética da Pólis), que introduziu três fatores decisivos: as leis, o surgimento de um espaço público, e a estimulação de um pensamento coletivo, onde as idéias eram transmitidas em forma de discurso público. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Através da Filosofia Grega foi possível conhecer as bases e os princípios fundamentais de conceitos que conhecemos como: razão, racionalidade, ética, política, técnica, arte, física, pedagogia, cirurgia, cronologia e, principalmente, o conceito de ciência. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

É entre os filósofos gregos que surge a primeira tentativa de sistematizar uma Psicologia. O próprio termo psicologia vem do grego *psyché*, que significa alma, e de *logos*, que significa razão. Portanto, etimologicamente, psicologia significa “estudo da alma.” A alma ou espírito era concebido como parte imaterial do ser humano e barraria o pensamento, os sentimentos de amor e ódio, a irracionalidade, o desejo, a sensação e a percepção. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Os filósofos pré-socráticos (assim chamados por antecederem Sócrates, filósofos gregos) preocupavam-se em definir a relação de homem com o mundo através da percepção. Discutiam se o mundo existe porque o homem o vê ou se o homem vê um mundo que já existe. Havia uma opção entre os idealistas (a idéia forma o mundo) e os materialistas (a matéria que forma o mundo já é dada para a percepção). (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Mas é com Sócrates (469 – 399 a.C) que a Psicologia na Antiguidade ganha consistência. Sua principal preocupação era com o limite que separa o homem dos animais. Desta forma, postulava que a principal característica humana era a razão. A razão permitia ao homem sobrepor-se aos instintos, que seriam a base da irracionalidade. Ao definir razão como peculiaridade do homem ou como

essência humana, Sócrates abre um caminho que seria muito explorado pela Psicologia. As teorias da consciência são dessa forma, frutos dessa primeira sistematização na Filosofia. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O passo seguinte é dado por Platão (427 – 347 a. C.), discípulo de Sócrates. Esse filósofo procurou definir um “lugar” para a razão no nosso próprio corpo. Definiu esse lugar como sendo a cabeça, onde se encontra a alma do homem. A medula seria, portanto, o elemento de ligação da alma com o corpo. Este elemento de ligação era necessário porque Platão concebia a alma separada do corpo. Quando alguém morria, a matéria (o corpo) desaparecia, mas a alma ficava livre para ocupar outro corpo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Aristóteles (384 – 322 a. C.), discípulo de Platão, foi um dos mais importantes pensadores da história da filosofia. Sua contribuição foi inovadora ao postular que alma e corpo não podem ser dissociados. Para Aristóteles, a *psyché* seria o princípio ativo de vida. Tudo aquilo que cresce se reproduz e se alimenta possui a sua *psyché* ou alma. Desta forma, os vegetais, os animais e o homem teriam alma. Os vegetais teriam a alma vegetativa, que se define pela função de alimentação e reprodução. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Os animais teriam essa alma e a alma sensitiva, que tem a função de percepção e movimento. E o homem teria os dois níveis anteriores e a alma racional, que tem a função pensante. E falar de Psicologia nesse período é relacioná-la ao conhecimento religioso, já que, ao lado do poder econômico e político, a Igreja Católica também monopolizada o saber e, conseqüentemente, o estudo do psiquismo. Esse filósofo chegou a estudar as diferenças entre a razão, a percepção e as sensações. Esse estudo está sistematizando no *Da anima*, que pode ser considerado o primeiro tratado em Psicologia. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Portanto, antes do advento da Psicologia Científica, os gregos já haviam formulado duas “teorias”: a platônica, que postulava a imortalidade da alma e a concebia separada do corpo, e a aristotélica, que afirmava a mortalidade da alma e a sua relação de pertencimento ao corpo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Nesse sentido, dois grandes filósofos representam esse período: Santo Agostinho, inspirado em Platão, também fazia uma cisão entre alma e corpo. Entretanto, para ele, a alma não era somente a sede da razão, mas a prova de uma manifestação divina no homem. A alma era imortal por ser o elemento que liga o homem a Deus. E, sendo alma a sede do pensamento, a Igreja passa a se preocupar também com sua compreensão. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

São Tomás de Aquino viveu num período que prenunciava a ruptura da Igreja Católica, o aparecimento do protestantismo – uma época que preparava a transição para o capitalismo, com a revolução francesa e a revolução industrial na Inglaterra. Essa crise econômica e social leva ao questionamento da Igreja e dos conhecimentos produzidos por ela. Dessa forma, foi preciso encontrar novas justificativas para a relação entre Deus e o homem. São Tomás de Aquino foi buscar em Aristóteles a distinção entre essência e existência. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Como o filósofo grego, considera que o homem, na sua essência, busca a perfeição através de sua existência. Porém, introduzindo o ponto de vista religioso, ao contrário de Aristóteles, afirma que somente Deus seria capaz de reunir a essência e a existência, em termos de igualdade. Portanto, a busca de perfeição pelo homem seria a busca de Deus. São Tomás de Aquino encontra argumentos racionais para justificar os dogmas da Igreja e continua garantindo para ela o monopólio do estudo do psiquismo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003)

As ciências também conhecem um grande avanço. Em 1543, Copérnico causa uma revolução no conhecimento humano mostrando que o nosso planeta não é o centro do universo. Em 1610, Galileu estuda a queda dos corpos, realizando as primeiras experiências da Física moderna. Esse avanço na produção de conhecimentos propicia o início da sistematização do conhecimento científico – começam a se estabelecer métodos e regras básicas para a construção do conhecimento científico. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Neste período, René Descartes (1596 – 1659), um dos filósofos que mais contribuiu para o avanço da ciência, postula a separação entre mente (alma, espírito) e corpo, afirmando que o homem possui uma substância material e uma substância pensante, e que o corpo, desprovido do espírito, é apenas uma máquina. Esse dualismo mente-corpo torna possível o estudo do corpo humano morto, o que era impensável nos séculos anteriores (o corpo era considerado sagrado pela Igreja, por ser a sede da alma) e dessa forma possibilita o avanço da Anatomia e da Fisiologia que iria contribuir em muito para o progresso da própria Psicologia. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

No século XIX, com o crescimento da nova ordem econômica, o capitalismo traz consigo o processo de industrialização, para o qual a ciência deveria dar respostas e soluções práticas no campo da técnica. Há, então, um impulso muito grande para o desenvolvimento da ciência, enquanto um sustentáculo da nova ordem econômica e social, e dos problemas colocados por ela. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Na sociedade feudal, com o modo de produção voltado para a subsistência, a terra era a principal fonte de produção. A relação do senhor e do servo era típica de uma economia fechada, na qual uma hierarquia rígida estava

estabelecida. Era uma sociedade estável, em que predominava visão de um universo estático – um mundo natural organizado e hierárquico, em que a verdade era sempre decorrente de revelações. Nesse mundo vivia um homem que tinha seu lugar social definido a partir do nascimento. A razão estava submetida à fé como garantia de centralização do poder. A autoridade era o critério de verdade. Esse mundo fechado e esse universo finito refletiam e justificavam a hierarquia social inquestionável do feudo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O capitalismo pôs esse mundo em movimento, com a necessidade de abastecer mercados e produzir cada vez mais: buscou novas matérias-primas na Natureza; criou necessidades; contratou o trabalho de muitos que, por sua vez, tornavam-se consumidores das mercadorias produzidas; questionou as hierarquias para derrubar a nobreza e o clero de seus lugares há tantos séculos estabilizados. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O universo também foi posto em movimento. O Sol tornou-se o centro do universo, que passou a ser visto sem hierarquizações. O homem, por sua vez, deixou de ser o centro do universo (antropocentrismo), passando a ser concebido como um ser livre, capaz de construir seu futuro. O servo, liberto de seu vínculo com a terra, pôde escolher seu trabalho e seu lugar social. Com isso, o capitalismo tornou todos os homens consumidores, em potencial, das mercadorias produzidas. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O conhecimento tornou-se independente da fé. Os dogmas da Igreja foram questionados. O mundo se moveu. A racionalidade do homem apareceu, então, como a grande possibilidade de construção do conhecimento. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A burguesia, que disputava o poder e surgia como nova classe social e econômica defendia a emancipação do homem para emancipar-se também. Era preciso quebrar idéia de universo estável para poder transformá-lo. Era preciso questionar a Natureza como algo dado para viabilizar a sua exploração em busca de matérias-primas. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Estavam dadas as condições materiais para o desenvolvimento da ciência moderna. As ideais dominantes fermentaram essa construção: o conhecimento como fruto da razão; a possibilidade de desvendar a Natureza e suas leis pela observação rigorosa e objetiva. A busca de um método rigoroso, que possibilitasse a observação para a descoberta dessas leis, apontava a necessidade de os homens construírem novas formas de produzir conhecimento – que não era mais estabelecido pelos dogmas religiosos e/ou pela autoridade eclesial. Sentiu-se necessidade da ciência. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Nesse período, surgem homens como Hegel, que demonstra a importância da História para a compreensão do homem, e Darwin, que enterra o antropocentrismo com sua tese evolucionista. A ciência avança tanto, que se torna um referencial para a visão de mundo. A partir dessa época, a noção de verdade passa, necessariamente, a contar com o aval da ciência. A própria Filosofia adapta-se aos novos tempos, com o surgimento do Positivismo de Augusto Conte, que postulava a necessidade de maior rigor científico na construção dos conhecimentos nas ciências humanas. Desta forma, propunha o método da ciência natural, a Física, como modelo de construção de conhecimentos nas ciências humanas. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Segundo Book; Furtado; Teixeira (2003 p. 39), em meados do século XIX que os problemas e temas da Psicologia, até então estudados exclusivamente pelos

filósofos, passam a ser, também, investigados pela Fisiologia e pela Neurofisiologia em particular. Os avanços que atingiram também essa área levaram à formação de teorias sobre o sistema nervoso central, demonstrando que o pensamento, as percepções e os sentimentos humanos eram produtos desse sistema.

É preciso lembrar que esse mundo capitalista trouxe consigo a máquina. Ah! A máquina! Que criação fantástica do homem! E foi tão fantástica que passou a determinar a forma de ver o mundo. O mundo como uma máquina; o mundo como um relógio. Todo o universo passou a ser pensando como uma máquina, isto é, podemos conhecer o seu funcionamento, a sua regularidade, o que nos possibilita o conhecimento de suas leis. Esta forma de pensar atingiu também as ciências do homem. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Para se conhecer o psiquismo humano passa a ser necessário compreender os mecanismos e o funcionamento da máquina de pensar do homem – seu cérebro. Assim, a Psicologia começa a trilhar os caminhos da Fisiologia. Neuroanatomia e Neurofisiologia. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Algumas descobertas são extremamente relevantes para a Psicologia. Por volta de 1846, a Neurologia descobre que a doença mental é fruto da ação direta ou indireta de diversos fatores sobre as células cerebrais. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A Neuroanatomia descobre que a atividade motora nem sempre está ligada à consciência, por não estar necessariamente na dependência dos centros cerebrais superiores. Quando por exemplo alguém queima a mão em uma chapa quente, primeiro tira-a da chapa para depois perceber o que aconteceu. Esse fenômeno chama-se reflexo, e o estímulo que chega à medula espinhal, antes de

chegar aos centros superiores, recebe uma ordem para a resposta, que é tirar a mão. (BOOK; FURTADO; TEXEIRA; 2003).

O caminho natural que os fisiologistas da época seguiam, quando passavam a se interessar pelo fenômeno psicológico enquanto estudo científico, era a Psicofísica. Estudavam a fisiologia do olho e a percepção das cores. As cores eram estudadas como fenômeno da Física, e a percepção, como fenômeno da Psicologia. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Por volta de 1860, temos a formulação de uma importante lei no campo da Psicofísica. É a lei de Fechner – Weber, que estabelece a relação entre estímulo e sensação, permitindo a sua mensuração. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Segundo Fechner e Weber (2002), a diferença que sentimos ao aumentarmos a intensidade de iluminação de uma lâmpada de 100 para 110 watts será a mesma sentida quando aumentamos a intensidade de iluminação de 1000 para 1100 watts, isto é percepção aumenta em progressão aritmética, enquanto o estímulo varia em progressão geométrica. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Esta história pode ser mais ou menos longa para os diferentes aspectos da produção humana. No caso da Psicologia, a história tem por volta de dois milênios. Esse tempo refere-se à Psicologia no Ocidente, que começa com os gregos, no período anterior à era cristã. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Para compreender a diversidade com que a Psicologia se apresenta hoje, é indispensável recuperar sua história. A história de sua construção está ligada, em cada momento histórico, às exigências de conhecimento humano e aos novos desafios colocados pela realidade econômica e social e pela insaciável necessidade do homem de compreender a si mesmo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Estes avanços permitiram que o cidadão se ocupasse das coisas do espírito, como Filosofia e Arte. Alguns homens, como Platão e Aristóteles, dedicaram-se a compreender esse espírito empreendedor do conquistador grego, ou seja, a Filosofia começou a especular em torno do homem e da sua interioridade. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Essa lei teve muita importância na história da Psicologia por que instaurou a possibilidade de medida do fenômeno psicológico, o que até então era considerado impossível. Dessa forma, os fenômenos psicológicos vão adquirindo status de científicos, porque, para a concepção de ciência da época, o que não era mensurável não era passível de estudo científico. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Outra contribuição muito importante nesses primórdios da Psicologia científica é a de Wilhelm Wundt (1832 – 1926). Wundt cria uma Universidade de Leipzig na Alemanha, o primeiro laboratório para realizar experimentos na área de Psicofisiologista. Por esse fato e por sua extensa produção teórica na área, ele é considerado o pai da Psicologia moderna ou científica. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Wundt (2004) desenvolve a concepção do paralelismo psicofísico, segundo a qual aos fenômenos mentais correspondem fenômenos orgânicos. Por exemplo, uma estimulação física, como uma picada de agulha na pele de um indivíduo, teria uma correspondência na mente deste indivíduo. Para explorar a mente ou consciência do indivíduo, Wundt cria um método que denomina introspecção. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Nesse método, o experimentador pergunta ao sujeito, especialmente treinado para a auto-observação, os caminhos percorridos no seu interior por uma

estimulação sensorial (a picada de agulha, por exemplo). (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O berço da Psicologia Moderna foi a Alemanha do final do século 19. Wundt, Weber e Fechner trabalhavam juntos na Universidade de Leipzig. Seguiram para aquele país muitos estudiosos dessa nova ciência, como o inglês Edward B. Titchner e o americano William James.

O status de ciência é obtido pela Psicologia à medida que se “liberta” da Filosofia, que marcou sua história até aqui, e atrai novos estudiosos e pesquisadores, que sob os novos padrões de produção de conhecimentos, passam a: (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Definir seu objeto de estudo (o comportamento, a vida psíquica, a consciência);

- Delimitar seu campo de estudo, diferenciando-o de outras áreas de conhecimento, como a Filosofia e a Fisiologia;
- Formular métodos de estudo desse objeto;
- Formular teorias enquanto um corpo consistente de conhecimentos na área.

Essas teorias devem obedecer aos critérios básicos da metodologia científica, isto é, deve-se buscar a neutralidade do conhecimento científico, os dados devem ser passíveis de comprovação, e o conhecimento deve ser cumulativo e servir de ponto de partida para outros experimentos e pesquisas na área. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Os pioneiros da Psicologia procuraram, dentro das possibilidades, atingir tais critérios e formular teorias. Entretanto os conhecimentos produzidos inicialmente

caracterizaram-se, muito mais, como postura metodológica que norteava a pesquisa e a construção teórica. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Embora a Psicologia científica tenha nascido na Alemanha, é nos Estados Unidos que ela encontra campo para um rápido crescimento, resultando no grande avanço econômico que colocou os Estados Unidos na vanguarda do sistema capitalista. É ali que surgem as primeiras abordagens ou escolas em Psicologia, as quais deram origem às inúmeras teorias que existem atualmente. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Essas abordagens são: o Funcionalismo, de William James (1842 – 1910), o Estruturalismo, de Edward Titchner (1867 – 1927) e o Associalismo, de Edward L. Thorndike (1874-1949). (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O **Funcionalismo** é considerado como a primeira sistematização genuinamente americana de conhecimentos em Psicologia. Uma sociedade que exigia o pragmatismo para seu desenvolvimento econômico acaba por exigir dos cientistas americanos o mesmo espírito. Desse modo, para a escola funcionalista de William James, importa responder “o que fazem os homens” e “por que o fazem”. Para responder a isto William James elege a consciência como centro de suas preocupações e busca a compreensão de seu funcionamento, na medida em que o homem a usa para adaptar-se ao meio. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O **Estruturalismo** está preocupado com a compreensão do mesmo fenômeno que o Funcionalismo: a consciência. Mas, diferentemente de William James, Titchner irá estudá-la em seus aspectos estruturais isto é, elementos da consciência como estruturas do sistema nervoso central. Esta escola foi inaugurada por Wundt, mas foi Titchner, seguidor de Wundt, quem usou o termo de estruturalismo pela primeira vez, no sentido de diferenciá-la do Funcionalismo. O

método de observação de Titchner, assim como o de Wundt, é o introspeccionismo, e os conhecimentos psicológicos produzidos são eminentemente experimentais, isto é, produzidos a partir do laboratório. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O principal representante do **Associacionismo** é Edward L. Thorndike, e sua importância está em ter sido o formulador de uma primeira teoria de aprendizagem na Psicologia. Sua produção de conhecimentos, pautava-se por uma visão de utilidade deste conhecimento, muito mais do que por questões filosóficas que perpassam a Psicologia. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O termo associacionismo origina-se da concepção de que a aprendizagem se dá por um processo de associação das idéias – das mais simples às mais complexas. Assim, para aprender um conteúdo complexo, a pessoa precisaria primeiro aprender as idéias mais simples, que estariam associadas àquele conteúdo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Thorndike formulou a Lei do Efeito, seria de grande utilidade para a Psicologia Comportamentalista. De acordo com essa lei, todo comportamento de um organismo vivo (um homem, um pombo, um rato etc.) tende a se repetir, se nós recompensarmos (efeito) o organismo assim que este emitir o comportamento. Por outro lado, o comportamento tenderá a não acontecer, se o organismo for castigado (efeito) após sua ocorrência. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

E, pela Lei do Efeito, o organismo irá associar essas situações com outras semelhantes. Por exemplo, se, ao apertarmos um dos botões do rádio, formos “premiados” com música, em outras oportunidades apertaremos o mesmo botão, bem como generalizaremos essa aprendizagem para outros aparelhos, como toca – discos, gravadores etc. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A Psicologia enquanto um ramo da Filosofia estudava a alma. A Psicologia científica nasce quando, de acordo com os padrões de ciência do século 19, Wundt preconiza a Psicologia "sem alma". O conhecimento tido como científico passa então a ser aquele produzido em laboratórios, como o uso de instrumentos de observação e medição. Se antes a Psicologia estava subordinada a Filosofia, a partir daquele século, ela passa a ligar-se a especialidades da Medicina, que assumira, antes da Psicologia, o método de investigação das ciências naturais como critério rigoroso de construção do conhecimento. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Essa Psicologia científica, que se constituiu de três escolas – Associacionismo, Estruturalismo e Funcionalismo, foram substituídos, no século 20, por novas teorias. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

As três mais importantes tendências teóricas da Psicologia neste século são consideradas por inúmeros autores como sendo o **Behaviorismo** ou **Teoria (S-R)** (do inglês Stimuli - Respond – Estimulo – Resposta), a **Gestalt** e a **Psicanálise**. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

- O **Behaviorismo**, que nasce com Watson e tem um desenvolvimento grande nos Estados Unidos, em função de suas aplicações práticas, tornou-se importante por ter definido o fato psicológico, de modo concreto, a partir da noção de comportamento (behavior).

- A **Gestalt** que tem seu berço na Europa surge como uma negação da fragmentação das ações e processos humanos, realizada pelas tendências da Psicologia científica do século 19, postulando a necessidade de se compreender o homem como uma totalidade. A Gestalt é a tendência teórica mais ligada à filosofia.

- A **Psicanálise** nasce com Freud, na Áustria, a partir da prática médica recupera para a Psicologia a importância da afetividade e postula o inconsciente

como objeto de estudo, quebrando a tradição da Psicologia como ciência da consciência e da razão. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

As tendências teóricas apresentadas: Behaviorismo; Gestalt e Psicanálise, respectivamente – constituíram-se em matrizes do desenvolvimento da ciência psicológica, propiciando o surgimento de inúmeras abordagens da Psicologia contemporânea. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Do Behaviorismo, surgiram as abordagens do Behaviorismo Radical (B. F. Skinner) e do Behaviorismo Cognitivista (A. Bandura e, atualmente, K. Hawton e A. Beck). (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A Gestalt (do ponto de vista de uma teoria com bases psicofisiológicas) praticamente desapareceu. No entanto, a tradição filosófica que a fundamenta – a Fenomenologia – avançou por um caminho diferente, buscando a compreensão do ser no mundo e, de certa maneira, associou-se ao campo da Psicologia Existencialista. Hoje esta vertente da Psicologia discute as bases da consciência através dos ensinamentos de Jean Paul Sartre. (BOOK; FURTADO; TEUXEIRA; 2003).

Outra vertente da Fenomenologia faz essa discussão através do Existencialismo de Martin Heidegger, desenvolvendo uma profícua corrente denominada Dasein Análise, que tem no psiquiatra suíço Medard Boss, uma das figuras mais destacadas. Outra corrente derivada da Gestalt e que surge um caminho diferente do traçado pela Fenomenologia é a da Gestalt Terapia. Fundada por Pearls, esta corrente trabalha os níveis da conscientização humana com a consciência corporal, nossa consciência do “aqui e agora.” (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Da Psicanálise originaram-se inúmeras abordagens, como a Psicologia Analítica (Carl. G. Jung) e a Reichiana (W. Reich) – dissidências que construíram corpos próprios de conhecimento; ou a Psicanálise Kleiniana (Melanie Klein) e a Lacaniana (J. Lacan), que deram continuidade à teoria freudiana. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A Psicologia não ficou estagnada no tempo. Desenvolveu-se e, ao desenvolver, construiu abordagens que deram prosseguimento às já existentes, retomando conhecimentos antigos e superando-os. Enfim a Psicologia é uma ciência em constante processo de construção. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Abordaremos uma vertente teórica que surgiu no início do século 20 e ficou restrita ao Leste europeu até os anos 60, quando explodiria na Europa e nos Estados Unidos como uma nova possibilidade teórica. Estamos falando da Psicologia Sócio-Histórica, que chegou ao Brasil nos anos 80 através da Psicologia Social e da Psicologia da Educação, ganhando rapidamente importância e espaço no meio acadêmico. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A Psicologia está em permanente movimento, isto é, novas abordagens vão se constituindo, gerando uma permanente transformação teórica. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

No Ocidente, a teoria Sócio-Histórica ganharia importância nos anos 70, tornando-se referência para a Psicologia do Desenvolvimento, a Psicologia Social e para a Educação. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Tendo como referência esta nova abordagem teórica formulada por Vigotski, buscava-se construir uma Psicologia que superasse as tradições e estudasse o homem e seu mundo psíquico como uma construção histórica e social da humanidade. Para Vigotski, o mundo psíquico que temos hoje não foi nem será

sempre assim, pois sua caracterização está diretamente ligada ao mundo material e às formas de vida que os homens vão construindo no decorrer da história da humanidade. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Vigotski morreu muito cedo e não pode completar sua obra, mas deixou alguns princípios aos seus seguidores: (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

- A compreensão das funções superiores do homem não pode ser alcançada pela psicologia animal, pois os animais não têm vida social e cultural;
- As funções superiores do homem não podem ser vistas apenas como resultado da maturação de um organismo que já possui, em potencial, tais capacitações;
- A linguagem e o pensamento humano têm origem social. A cultura faz parte do desenvolvimento humano e deve ser integrada ao estudo e à explicação das funções superiores;
- A consciência e o comportamento são aspectos integrados de uma unidade, não podendo ser isolados pela Psicologia;
- Vigotski desenvolveu, também, uma estrutura teórica marxista para a Psicologia;
- Todos os fenômenos devem ser estudados como processos em permanente movimento e transformação;
- O homem constitui-se e se transforma ao atuar sobre a natureza com sua atividade e seus instrumentos;
- Não se pode construir qualquer conhecimento a partir do aparente, pois não se captam as determinações que são constitutivas do objeto. Ao contrário, é

preciso rastrear a evolução dos fenômenos, pois estão em sua gênese e em seu movimento as explicações para sua aparência atual;

- A mudança individual tem sua raiz nas condições sociais de vida. Assim, não é a consciência do homem que determina as formas de vida, mas é a vida que se tem que determina a consciência. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O desafio de Vigotski foi assumido por outros teóricos, entre eles Luria e Leontiev, seus parceiros de trabalho. Sua obra ficou, por muitos anos, restrita à ex-União Soviética. Hoje, na Europa, nos Estados Unidos e em países do Terceiro Mundo, como o Brasil, Vigotski vem sendo estudado e utilizado, principalmente, nas áreas de Psicologia da Educação e Psicologia Social. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

No Brasil, essas áreas foram influenciadas pela obra de Vigotski na década de 80 – na Educação, através das teorias construtivistas da aprendizagem, principalmente a partir da influência de Emília Ferreiro; na Psicologia Social, pela atuação da professora Silvia Lane, que contribuiu significativamente para a construção de uma Psicologia Social crítica, permitindo que, ao se pensar o psiquismo humano, se falasse das condições sociais que são constitutivas deste mundo psicológico. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A Psicologia Sócio-Histórica, no Brasil, tem se constituído, fundamentalmente, pela crítica à visão liberal de homem, na qual encontramos idéias como: (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

- O homem visto como ser autônomo, responsável pelo seu próprio processo de individualização;

- Uma relação de antagonismo entre o homem e a sociedade, em que esta faz eterna oposição aos anseios que seriam naturais do homem;
- Uma visão de fenômeno psicológico, na qual este é tomado como uma entidade abstrata que tem, por natureza, características positivas que só não se manifestam se sofrerem impedimentos do mundo material e social. O fenômeno psicológico, visto como enclausurado no homem, é concebido como um verdadeiro eu. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A Psicologia Sócio-Histórica entende que essas concepções liberais construíram uma ciência na qual o mundo psicológico passou, então, a ser definido de maneira abstrata, como algo que já estivesse dentro do homem, pronto para se desenvolver – semelhante à semente que germina. Esta visão liberal naturalizou o mundo psicológico, abolindo, da Psicologia, as reflexões sobre o mundo social. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Não existe uma essência eterna e universal do homem, que no decorrer de sua vida se atualiza, gerando suas potencialidades e faculdades. Tal idéia de natureza humana tem sido utilizada tem sido utilizada como fundamento da maioria das correntes psicológicas e faz, na verdade, um trabalho de ocultamento das condições sociais, que são que são determinantes das individualidades. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Esta idéia está ligada à visão de indivíduo autônomo, que também não é aceita na Psicologia Sócio-Histórica. O indivíduo é construído ao longo de sua vida a partir de sua intervenção no meio (sua atividade instrumental) e da relação com os outros homens. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A concepção de homem da Psicologia Sócio-Histórica pode ser assim sintetizada: o homem é um ser ativo, social e histórico. É essa sua condição

humana. O homem constrói sua existência a partir de uma ação sobre a realidade, que tem, por objetivo, satisfazer suas necessidades. Mas essa ação e essas necessidades têm uma característica fundamental: são sociais e produzidas historicamente em sociedade. As necessidades básicas do homem não são apenas biológicas; elas ao surgirem, são imediatamente socializadas. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A atividade de cada indivíduo, ou seja, sua ação particular é determinada e definida pela forma como a sociedade se organiza para o trabalho. Entendido como a transformação da natureza para a produção da existência humana o trabalho só é possível em sociedade. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Portanto, o trabalho só pode ser entendido dentro das relações sociais determinadas. São essas relações que definem o lugar de cada indivíduo e a sua atividade. Isso, quando o homem é um ser ativo, dizer-se, ao mesmo tempo, que ele é um ser social. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Os objetos produzidos pelos homens materializam a história e cristalizam as “aptidões” desenvolvidas pelas gerações anteriores. Quando os manuseia e deles se apropria, o homem desenvolve atividades que reproduzem os traços essenciais das atividades acumulativas e cristalizadas nos objetos. A criança que aprende a manusear um lápis está de alguma forma submetida à forma, à consistência, às possibilidades e aos limites do lápis. Isso envolve não apenas uma questão “física,” material, mas, necessariamente, uma condição social e histórica do uso e significado do lápis. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

As habilidades humanas, que utilizam o lápis como seu instrumento, estão cristalizadas na forma, na consistência e nas possibilidades do lápis, bem como nos seus limites e significados. Nas relações com os outros homens ocorre a

“descristalização” destas possibilidades – a “mágica” acontece – e, do lápis, o pequeno homem retira suas habilidades de rabiscar, escrever e desenhar, colocando-se, assim, no “patamar” da história, tornando-se capaz de recuperá-la e transformá-la. Portanto, é do instrumento e das relações sociais, nas quais esse instrumento é utilizado, que o homem retira suas possibilidades humanas. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Esse processo acontece com todas as suas aptidões. O homem, ao nascer, é candidato à humanidade e a adquire no processo de apropriação do mundo. Nesse processo, converte o mundo externo em um mundo interno e desenvolve, de forma singular, sua individualidade. Assim, através da mediação das relações sociais e das atividades que desenvolve, o homem se individualiza, torna-se homem, desenvolve suas possibilidades e significa seu mundo. (BOOK; FURTADO TEIXEIRA; 2003).

A linguagem é instrumento fundamental nesse processo e, como instrumento, também é produzida social e historicamente, e dela também o homem deve se apropriar. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A linguagem materializada dá forma a uma das aptidões humanas: a capacidade de representar a realidade. Juntamente com a atividade, o homem desenvolve o pensamento. Através da linguagem, o pensamento objetiva-se, permitindo a comunicação das significações e o seu desenvolvimento. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Mas o pensamento humano, historicamente transforma-se em algo mais complexo, justamente por representar, cada vez melhor, a complexidade da vida humana em sociedade. Transforma-se em consciência. A linguagem é instrumento essencial na construção da consciência, na construção de um mundo interno,

psicológico. Permite a representação não só da realidade imediata, mas das mediações que ocorrem na relação do homem com essa realidade. Assim, a linguagem apreende e materializa o mundo de significações, que é construído no processo social e histórico. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Quando se apropria da linguagem enquanto instrumento, o indivíduo tem acesso a um mundo de significações historicamente produzido. Além disso, a linguagem também é instrumento de outros instrumentos. Por isso, quando se torna indivíduo – o que só ocorre socialmente – o homem apropria-se de todos os significados sociais. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A Psicologia deve buscar compreender o indivíduo como ser determinado histórica e socialmente. Esse indivíduo jamais poderá ser compreendido senão por suas relações e vínculos sociais, pela sua inserção em uma determinada sociedade, em um momento histórico específico. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O homem existe, age e pensa de certa maneira porque existe em um dado momento e local, vivendo determinadas relações. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A consciência humana revela as determinações sociais e históricas do homem – não diretamente, de maneira imediata, por que não é assim, mecanicamente, que se processa a consciência. As mediações devem ser desvendadas, pois passam pelas formas de atividade e relações sociais, pelos significados atribuídos nesse processo a toda realidade a qual vivem os homens.

Assim, para conhecer o homem é preciso situá-lo em um momento histórico, identificar as determinações e desvendá-las. Para entender o movimento contraditório da totalidade na qual se encontraram os indivíduos, deve-se partir do geral para o particular – para o processo individual de relação entre atividade e

consciência. É necessário perceber o singular e seu movimento como parte do movimento geral e, ao revelar essas mediações, compreender não só o geral, mas o particular. É dessa forma que o indivíduo deve ser entendido pela Psicologia fundamentada no materialismo histórico e dialético. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Assim, para a Psicologia Sócio-Histórica, não há como saber de um indivíduo sem que se conheça seu mundo. Para compreender o que cada um de nós sente e pensa, e como cada um de nós age, é preciso conhecer o mundo social no qual estamos imersos e do qual somos construtores; é preciso investigar os valores sociais, as formas de relação e de produção da sobrevivência de nosso mundo, e as formas de ser de nosso tempo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

No âmbito da Psicologia existem muitas pesquisas voltadas para a Psicopatologia e, dentro desta, a depressão, é um tema bastante debatido que ainda requer muitos estudos, tornando-se necessário a utilização das diversas abordagens da Psicologia como Psicanálise; Comportamental; Analítico – Comportamental; Gestalt.

3. AS DIVERSAS ABORDAGENS DA PSICOLOGIA

Em 1917, Sigmund Freud escreveu luto e melancolia, texto no qual afirma que a melancolia é uma forma de luto e que surge de uma sensação de perda da libido. Considera que, na melancolia, o ego se torna pobre e vazio.

O diagnóstico da depressão em psicanálise e em psiquiatria não é realizado da mesma forma. O termo depressão está vinculado à psiquiatria e não à psicanálise. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Na psicanálise, o diagnóstico é diferencial, os termos utilizados são neurose, psicose e perversão. E o que se denomina depressão – na psicologia – é compreendido como sintoma em relação às perdas – na psicanálise. Tais perdas, nesta abordagem, são entendidas como inerentes à condição humana. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

De acordo com Rodrigues (2000), quando se investiga o tema depressão na obra freudiana, é notável a não existência de uma teoria já estabelecida sobre o tema tal como ocorre com conceitos como o inconsciente, a transferência e a histeria. Isso porque o conceito de depressão, tal como concebido atualmente, não existia há cem anos, mas há importantes indicadores que permitem extrair conclusões sobre o tema. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

O mesmo autor defende o fato de Freud ter identificado e descrito fenômenos depressivos nas diversas categorias nosográficas, porém, não os reuniu à melancolia, como nos atuais manuais psiquiátricos, e sim os concebeu como próprios do existir humano. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Freud (1986), no texto *Luto e melancolia*, de 1915, descreve a problemática pontuando que, se em alguns a perda leva à elaboração de um luto, em outros conduz aos princípios da melancolia, pois as características distintivas são as mesmas encontradas no estado normal de luto, à exceção de uma: no luto, é possível ter certeza de qual objeto foi perdido, na melancolia, a perda objetal é retirada da consciência e recai sobre o próprio ego. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Esses estados obsessivos de depressão que se seguem à morte de uma pessoa amada revelam-nos o que o conflito devido à ambivalência pode alcançar por si mesmo quando também não há uma retração regressiva da libido. Na melancolia, as ocasiões que dão margem à doença vão, em sua maior parte, além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Dessa forma, a depressão deve ser concebida como luto, indicando também uma definição mais precisa para se detectar, na melancolia, uma alteração psíquica importante e, portanto, os termos depressão e luto são aqui compreendidos como equivalentes. Assim, baseando-se nesse posicionamento, reserva-se, para a melancolia, a indicação de formas mais severas de inibição motora afetiva, assimbolia, nas quais podem ocorrer a alternância de episódios maníacos e de paralisia, e, para a depressão, indicar-se-ão quadros clínicos bem definidos de neurose ou sintomas que se apresentem nas mais diversas neuroses, onde a elaboração dos lutos aí está colocada. Todavia, é exatamente em torno da falta, da perda do objeto, que a estruturação do sujeito é norteadada, levando, assim, o luto a

ocupar um lugar central e, na medida em que se correlaciona com a questão dos sintomas depressivos e da melancolia, observa-se uma tendência à depressão dentro da própria constituição humana. Assim, a depressão não deve ser caracterizada enquanto estrutura psíquica por se tratar de um estado próprio para a constituição do aparelho psíquico, possibilitando declarar que tal quadro caracteriza o humano. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Nesse contexto, Miller (1987) traz um dado importante ao afirmar que a demanda trazida por um paciente em psicanálise deve partir de um ideal, uma exigência, e principalmente partir do próprio paciente, a partir do desconforto de tipo especial que lhe causa o seu sintoma. E o sintoma não é o mesmo que no campo psiquiátrico, que é construído pelo próprio psiquiatra ou por seus manuais. Na psicanálise, o sintoma é descrito pelo paciente, no endereçamento do discurso do paciente ao analista. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Quinet (1993) diz que o diagnóstico diferencial só se coloca em psicanálise como função da direção da análise, só tem sentido se servir de orientação para a condução da análise e é buscado no plano simbólico, onde são articuladas as funções fundamentais do sujeito, e é por meio desse simbólico que se pode fazer o diagnóstico diferencial, por meio dos três modos de negação, correspondentes às três estruturas clínicas: perversão, neurose e psicose.

Portanto, as entrevistas preliminares são fundamentais para o diagnóstico em psicanálise. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Segundo Quinet (1993), as primeiras entrevistas possuem três funções: sintomal, diagnóstica e transferencial. Ou seja, em cada caso é preciso avaliar os sintomas que são próprios de cada pessoa, seja criança ou adulto, uma vez que não há tipos de diagnóstico diferentes entre crianças e adultos para a psicanálise. Nos

dois casos, o que se leva em conta são as manifestações do inconsciente. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Segundo Erthal (1991), para os existencialistas não existe uma teoria geral que seja capaz de explicar a patologia da conduta, até porque isso viria a se opor aos princípios filosóficos propostos, que conceituam o indivíduo como uma pessoa concreta, única, livre e realizadora de si mesma, rebelde, portanto, a enquadramentos diagnósticos. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Os existencialistas se preocupam mais em “descobrir” o molde sobre o qual o cliente se criou do que impor-lhe um padrão. Ainda, segundo o mesmo autor, o existencialismo acredita sim que todos são um pouco “insanos”, porém não nega a existência dos diferentes modos de ser-no-mundo e, acima de tudo, questiona qual o protótipo do ato classificatório, que muitas vezes é um ato desumano e impossível de lidar com os problemas existenciais do ser humano. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Tenório (2003), também afirma que o existencialismo fenomenológico compreende o sujeito como um ser livre, inserido em um mundo dotado de sentido particular, aberto às suas possibilidades perante suas escolhas, capaz de inventar e cuidar de sua própria existência mediante a práxis. De acordo com essa visão, a psicopatologia vai se manifestar por meio de uma vivência de sofrimento em que a pessoa se sente vítima e presa a um destino sombrio e a existência destruída de realizações gratificantes e prazerosas. Sem liberdade de escolha, a pessoa vive a sensação de estar encurralada pelas circunstâncias da vida, sentindo-se a elas, num sacrifício alienante e inevitável. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Angerani – Camon (2000) defende que as decisões importantes que afetam a vida futura da pessoa raramente são tomadas sem alguma forma de

depressão mental, e é um lugar comum da crítica social contemporânea afirmar que o homem moderno procura por todos os meios fugir a essa forma de tensão, delegando aos outros a responsabilidade por sua tomada de decisão, é a angustia da liberdade, um sentimento gerado pelo ato inevitável da escolha. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Ainda de acordo com Erthal (1991), essa abordagem tem como objetivo o resgate da liberdade de poder utilizar suas próprias capacidades para existir. O indivíduo precisa compreender a utilização de sua própria capacidade de optar livremente e responsavelmente. Aprende a viver em harmonia, enxergando as possibilidades habitualmente bloqueadas por seus sentimentos defensivos, o cliente prepara-se, de forma significativa, para a comunicação consigo mesmo e com o outro. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Segundo Lobato, Lopes e Lopes (2006), a terapia comportamental propõe sua intervenção clínica pautada na avaliação precisa do comportamento – alvo e de sua interdependência com outros comportamentos, na especificação da descrição do comportamento, nas dimensões e funções do comportamento, na história de reforçamento e na frequência e ocorrência dos comportamentos desadaptativos. E é por meio das relações funcionais entre os estímulos do ambiente e as respostas das pessoas que se pode planejar as mudanças comportamentais. Os autores ainda assinalam que a abordagem comportamental é empregada no sentido de se entender por que aquele indivíduo, vivendo dentro de certas situações e num dado momento, apresenta aqueles comportamentos e os mantém. Desse modo, o terapeuta comportamental busca descobrir as causas que originaram aqueles comportamentos desadaptativos, assim como os fatores envolvidos na sua manutenção. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Na terapia analítico-comportamental, todo comportamento, seja ele adequado ou inadequado, tem uma funcionalidade no ambiente em que ocorre. Assim, como são inúmeras as variáveis que interagem com o indivíduo e que podem estar contribuindo tanto para a aquisição quanto para a manutenção de qualquer tipo de comportamento, a análise de contingência deve levar em conta todos os ambientes do sujeito, inclusive as formas de relacionamento deste.

Na terapêutica da análise do comportamento, é preciso identificar em sua história de vida as relações entre contingências ambientais e variáveis comportamentais, para que assim o indivíduo possa compreender que seus comportamentos têm efeito no meio e que existem outras formas de comportamentos para obter reforçamento positivo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Para Abreu (2006), a depressão resulta da redução na taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo. E seriam três formas pelas quais a redução na taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo seria capaz de dar-se: por meio da perda na efetividade reforçadora dos eventos que antes serviam de reforçadores positivos; na mudança do ambiente do indivíduo; e no baixo repertório de habilidades para acessar os reforçadores positivos. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Ferster (1977) assinala que a redução da probabilidade de efetuar determinadas ações e um aumento de comportamentos de fuga e esquia, associado a um aumento da latência de suas respostas, são características bem marcantes no sujeito depressivo. O depressivo está sujeito a penas e sanções do ser reforçado. As variáveis que influenciaram dado repertório comportamental seriam

a baixa frequência de reforçamento positivo associada ao aumento da frequência do reforçamento negativo. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Outro fator importante na análise do comportamento depressivo é a capacidade que o sujeito tem em expressar e identificar seus sentimentos. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

A expressividade emocional é um elemento – chave no processo, pois parece estar envolvido em vários outros comportamentos, como estabelecido de vínculos afetivos, auto-estima, autocontrole e adaptação social, considerando-se que a maior parte de quem apresenta problemas emocionais e ou comportamentais também apresenta dificuldades de identificar e expressar o que sente em relação às pessoas e/ou situações. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

Fester (1977) também comunga com essa vertente e assegura que mudanças expressivas no ambiente e determinadas perdas são capazes de gerar uma diminuição no comportamento, por falta de reforçamento ou deficiência do indivíduo para lidar com situações novas. (BOOK; FURTADO; TEIXEIRA; 2003).

É necessário rastrear a evolução do comportamento depressivo, e, desta forma, precisamos conhecer e identificar os sinais e sintomas da Depressão.

4. DEPRESSÃO SINAIS E SINTOMAS

A depressão é uma patologia como qualquer outra e pode acometer qualquer pessoa independente de gênero, idade ou nível social. (GUARIENTE; 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), traz a depressão como o principal transtorno de saúde mental responsável pela incapacitação do ser humano em suas atividades quer sejam de trabalho, escolares ou sociais. (GUARIENTE; 2002).

No mundo, a depressão ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de incapacitação em toda e qualquer idade. (OMS, 2001).

Os transtornos depressivos apresentam crescente prevalência na população em geral. (GUARIENTE; 2002).

A depressão tem sido chamada de “mal do século” devido ao crescente número de diagnóstico realizados (OMS, 2001). (GUARIENTE; 2002).

Os transtornos deprimidos podem estar presentes em qualquer idade, modificando-se os sintomas de acordo com a faixa etária. (GUARIENTE; 2002).

A depressão é um distúrbio mental decorrente de um conflito interno e de uma alteração bioquímica. (GUARIENTE; 2002).

O conflito interno pode ser desencadeado vários fatores: psíquicos, orgânicos e sociais. A intensidade do conflito interno e a sua durabilidade determinarão a gravidade da depressão, assim como o rompimento que o indivíduo terá com a sua realidade interna e externa. (GUARIENTE; 2002).

O rompimento com a realidade interna e externa pode variar na sua forma e intensidade. (GUARIENTE; 2002).

Algumas pessoas que estão em depressão, mas ainda conseguem trabalhar e orientar-se, mesmo com um certo comprometimento de sua coerência psíquica e sócio-histórica (depressão leve), outros têm maiores comprometimentos no rendimento de sua produção e na clareza de sua percepção (depressão moderado), outros rompem com tudo e com todas e se isolam em seus tenebrosos calvários, podendo chegar até a morte, que seria o rompimento mais severo e definitivo com sua realidade interna e externa (depressão severa). (GUARIENTE; 2002).

O deprimido, geralmente perde o interesse por atividades até então preferidas. Sua vida externa e interna fica sem sentido e sem valor, o sentimento de tristeza toma conta de seu dia-a-dia. O deprimido deixa de gostar de si e de tudo que se refere a si mesmo, se isolar em seu mundo interno repleto de angústias, culpas e sofrimentos. A percepção do mundo externo também fica distorcida. Alguns entram em desespero, outros caem na apatia total e a maioria tem os pensamentos, predominantemente voltados à morte. (GUARIENTE; 2002).

Concomitante com os conflitos internos (desequilíbrio psíquico) poderá estar presente, alterações bioquímicas no cérebro, envolvendo neurotransmissores (desequilíbrio orgânico). Os principais neurotransmissores são: a serotonina, a noradrenalina e a dopamina que, entre outras funções, influenciam as emoções e o humor. Na maioria dos casos de depressão há uma diminuição dessas substâncias nas transmissões sinápticas. (GUARIENTE; 2002).

A depressão é uma das grandes doenças do século, é uma doença tipicamente traçada por mudanças no comportamento, no ânimo e, principalmente,

nos estados de humor dos indivíduos portadores da doença, interagindo no metabolismo orgânico, provocando distúrbios diversos, afetando com mais seriedade a região neuro-cerebral, causando, com o tempo, distúrbios psíquicos e doenças psicossomáticas de variados níveis. (GUARIENTE; 2002).

A depressão é uma doença como outra qualquer, todas as pessoas são passíveis de desenvolver a doença. Pode ocorrer em ricos, pobres, brancos, negros, de qualquer idade, independentemente do sexo. Há uma forte tendência de predisposição hereditária como fator desencadeante das crises depressivas. (GUARIENTE; 2002).

Em algum momento da vida de qualquer pessoa, a dinâmica depressiva pode ser desencadeada ou despertada. A intensidade dos fatores promotores irá se defrontar com a resistência psíquica e orgânica do indivíduo. Quando as resistências já não conseguirem resistir às pressões vindas de fora e de dentro, a depressão tende a se instalar. (GUARIENTE; 2002).

A depressão se caracteriza principalmente por meio de sinais (o que pode ser visto) e de sintomas (o que a pessoa sente). (GUARIENTE; 2002).

Os sinais e sintomas de depressão devem permanecer na maior parte do dia e por mais de duas semanas. (GUARIENTE; 2002).

Os sintomas e sinais **psíquicos** da Depressão são: falta de interesse, tristeza, desânimo, apatia, insegurança, inércia, choro persistente, negativismo, desesperança, irritabilidade, falta de concentração, auto-estima depreciada, sentimento de culpa excessivo e inadequado, sentimento de impotência, idéias de suicídio. (GUARIENTE; 2002).

Os sintomas e sinais **orgânicos** da Depressão são: insônia e/ou hipersônia, alteração do apetite, ganho ou perda de peso, diminuição do desejo

sexual, falta de energia e fadiga, lentidão ou agitação psicomotora. (GUARIENTE; 2002).

Os sintomas e sinais **sociais** da Depressão são: retraimento social, perda ou rebaixamento da produtividade, desinteresse por atividade recreativa e de lazer.

Existem outros estados deprimidos como o luto e o estado depressivo passageiro. Esses estados depressivos não consistem em doença propriamente dita, são sentimentos intrínsecos e normais do dia-a-dia de qualquer pessoa, e podem ser promovedores de conhecimento e crescimento interno, desde que não persistam por mais de dois meses. (GUARIENTE; 2002).

O luto é um estado de desalento em que as pessoas ficam quando perdem alguém ou alguma coisa representativa, como uma crença ilusória. (GUARIENTE; 2002).

A situação absorve quase que por completo a mente do enlutado, que se vê na posição de completo abandono. O “teste de realidade” vai cobrar que o indivíduo abandone o objeto perdido. (GUARIENTE; 2002).

O insucesso, nessa difícil tarefa, poderá estar levando o indivíduo para os labirintos da depressão propriamente dita situação em que já não será só o mundo que perderá a graça, e sim e principalmente o próprio envolvido, que ficará sem graça e desvalorizado perante seu próprio conceito. (GUARIENTE; 2002).

O estado depressivo passageiro é um estado semelhante a ser um transtorno mental ou uma doença. É um estado transitório e passageiro, ocorre, principalmente, em função da frustração de uma necessidade de um desejo ou de um objetivo não satisfeito. A elaboração desse estado depressivo permite ao envolvido conhecer um pouco de suas características internas e também da realidade externa, que, muitas vezes, pode não ser satisfatória. A elaboração

eficiente desses estados depressivos permite amadurecimento e desenvolvimento psicológico. (GUARIENTE; 2002).

A não elaboração desses estados depressivos poderá estar levando o indivíduo à mania (Ah! Isso não tem mesmo nenhum valor para mim!) ou à depressão (Eu sou um incompetente, não presto para nada, devo mesmo ficar nessa miséria!) (GUARIENTE; 2002).

Há outras formas clínicas da Depressão, quais sejam: Cidotimia, Distimia, Transtorno afetivo bipolar, Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, transtorno depressivo recorrente, transtorno depressivo induzido por uma substância. (GUARIENTE; 2002).

A Cidotimia consiste numa instabilidade do humor envolvendo numerosos períodos de depressão e doação leves. Essa instabilidade, usualmente, se desenvolve no início da vida adulta e segue um curso crônico, embora às vezes o humor possa ser normal e estável por meses. As oscilações do humor são usualmente percebidas pelo indivíduo como não relacionadas com eventos de vida. Como as oscilações de humor são relativamente leves e os períodos de elaboração do humor podem ser agradáveis, a cidotimia, freqüentemente, foge à atenção médica. (GUARIENTE; 2002).

A Distimia, também caracterizada por neurose depressiva (com mais de dois anos de duração). Depressão crônica do humor em que o envolvido tem até dias e semanas boas, mas na maior parte do tempo se sente cansado e deprimido sem causas aparentes. Para este indivíduo, toda e qualquer atividade é um esforço tamanho, e pouco ou quase nada que faça é desfrutável ou gratificante. (GUARIENTE; 2002).

A percepção depressiva o acompanha em situações de insucesso e até de sucesso, sempre falta alguma coisa, dificilmente está contente. Esta pessoa muito provavelmente está na constante busca de algo que não existe, e precisa de alguém que possa mostrar-lhe o que está fantasiando, desejando e pensando. (GUARIENTE; 2002).

O Transtorno afetivo bipolar, também conhecido como reação maníaca depressiva. Este transtorno é caracterizado por episódios repetidos (pelo menos dois) nos quais o humor e os níveis de atividade do paciente estão significativamente perturbados; esta alteração consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento de energia e atividade (mania ou hipomania) e, em outras, de um rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade (depressão). (GUARIENTE; 2002).

Episódios maníacos usualmente começam abruptamente e duram entre duas semanas e 4-5 meses/duração mediana ao redor de 4 meses. (GUARIENTE; 2002).

Em um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, o paciente usualmente apresenta angústia ou agitação considerável, a menos que retardo seja um aspecto marcante. Perda de auto-estima ou sentimentos de inutilidade ou culpa, provavelmente, são proeminentes e o suicídio é um perigo marcante nos casos particularmente graves. A presença de sintomas psicóticos evidencia delírios, alucinações ou estupor depressivo. Os delírios usualmente envolvem idéia de pecado, pobreza ou desastres iminentes, pelos quais o paciente pode assumir a responsabilidade. (GUARIENTE; 2002).

Alucinações auditivas ou olfativas são usualmente de vozes difamatórias ou acusativas, ou de sujeira apodrecida ou carne em decomposição. (GUARIENTE; 2002).

O transtorno depressivo recorrente é caracterizado por episódios repetidos de depressão. Muito provavelmente são depressões originais que não foram suficientemente tratados evidenciando, contudo, um transtorno crônico. A depressão tem um risco de recorrência significativo: 50% após o primeiro episódio, 70% após o segundo episódio, e 90% após o terceiro episódio. (GUARIENTE; 2002).

O transtorno depressivo devido a outras doenças é a depressão que pode ser decorrente de uma condição médica como: hiper ou hipotireoidismo, diabetes, artrite reumatóide, hepatite, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, tuberculose, câncer, AIDS e outros não especificados. (GUARIENTE; 2002).

O transtorno depressivo induzido por uma substância é a depressão que pode ser decorrente de uso de algumas substâncias químicas como: anti-hipertensivos, contraceptivos orais, sedativos, neurolípticos, álcool, cocaína, maconha e outras substâncias não especificadas. (GUARIENTE; 2002).

Os fatores circunstanciais que podem desencadear os conflitos internos da Depressão são: Perdas (de um ente querido, de uma condição de bens materiais), frustração (amorosa, ideológica), derrotas (políticas, esportivas), recessão econômica (desemprego, subemprego, achatamento salarial), conflitos familiares e sociais (divórcio, brigas familiares, desentendimentos sociais), mudanças adaptativas (emprego, escola, residência, cidade, país), mutações adaptativas (idades, estado civil, gravidez, parto, menopausa, aposentadoria), desequilíbrio bioquímico (assim como os desequilíbrios neurais já salientados: Serotonina, Noradrenalina, Dopamina, outros desequilíbrios também, como uma

infecção bacteriana ou virótica); Estresse (intensas e repetitivas atividades onerosas, desprazerosas e angustiantes). Antes e durante a depressão, um estresse sempre presente é o estresse mental, muitas vezes não perceptível, pois nesse caso não se nota claramente qual o excesso de atividade que está sendo imposto ao indivíduo. (GUARIENTE; 2002).

As condições psíquicas que podem desencadear os conflitos internos da depressão são: intolerância à dor da frustração, superego severo, rígido e primitivo, sentimento de culpa excessivo, ideal primitivo supervalorizado e desconhecido, inveja e cobiça excessiva, personalidades tipicamente narcísicas, predominância do princípio em detrimento do princípio da realidade, rigidez e excessividade dos mecanismos de defesa do ego, predominância do instinto de morte em detrimento do instinto de vida. (GUARIENTE; 2002).

A intolerância à dor da prestação de uma perda significativa, de uma decepção, de uma impotência inexplicada, ou de algo que não se sabe pode desencadear a depressão. (GUARIENTE; 2002).

O Superego severo, rígido e primitivo que a todo momento está nos julgando, criticando e nos punindo pelo mal feito e pelo ideal não atingindo, uma vez que, o superego, segundo Freud, é a instância psíquica responsável pelo juízo e pela moral. (GUARIENTE; 2002).

O sentimento de culpa excessivo não permite que a pessoa elabore o já acontecido e busque medidas reparadoras eficientes. A culpa excessiva se descaracteriza de responsabilidade e se transforma num queixume improdutivo, ruminante e punitivo por ter estragado, abandonado e destruído algo tão importante à sua vida, seja no conceito ou na fantasia. (GUARIENTE; 2002).

O Ideal primitivo supervalorizado e desconhecido não consegue desenvolver e se transformar em algo que está centrado na fantasia, longe da realidade e com poucas chances de viabilidade sem ter consciência disto. (GUARIENTE; 2002).

A Inveja é um sentimento inato de causa por alguém que possui e desfruta de algo desejável. A cobiça é um desejo de possuir algo que o outro possui. A cobiça excessiva tem a intenção de a qualquer preço, obter aquilo que o outro possui. A inveja excessiva acaba tendo a função de destruir o outro ou aquilo que o outro tem de qualidades, para o invejoso. Quando essas pessoas se dão conta do que fizeram, podem entrar em depressão. (GUARIENTE; 2002).

As personalidades tipicamente narcísicas buscam o belo, o perfeito, o ideal em si e no outro. Acaba estando além de sua imagem e semelhança, ou seja, das reais possibilidades. (GUARIENTE; 2002).

A frustração em não obter e reter para si tamanha comparação depreciará sua auto-estima. (GUARIENTE; 2002).

A Predominância do princípio do prazer em detrimento do princípio da realidade consiste que no “princípio do prazer” a condição obrigatória é a de que as necessidades, desejos e anseios sejam privilegiados e satisfeitos no “princípio da realidade”, as condições são diferentes, ou seja, as necessidades, desejos e anseios seriam satisfeitos se possível e não teriam o privilégio de obrigatórios, condições, por exemplo, que possibilitam ao desejante abandonar algo que não é possível no momento, ou postergar para quando fosse possível. (GUARIENTE; 2002).

A Rigidez e excessividade dos mecanismos de defesa do ego podem ser inúmeros e têm a função de proteger o ego da percepção de algo que promove desprazer ou sofrimento as angústias e os conflitos internos. Um dos rígidos

mecanismos de defesa mais evidenciados na depressão é a divisão: tudo o que é do sujeito é ruim e não presta; o bom está fora e longe de si. Esse mecanismo também se evidencia na mania, que é a outra face da mesma moeda: “tudo o que é meu é bom, o dos outros não presta”. (GUARIENTE; 2002).

A Predominância do instinto de morte em detrimento do instinto de vida – o “instinto de vida” promove crescimento, liberdade e criatividade. (GUARIENTE; 2002).

O “instinto de morte” promove ódio destruição e aprisionamento. Ambos sempre estarão presentes em qualquer pessoa, ou seja, um instinto não anula o outro e o que acontece é a predominância de um sobre o outro. A mistura também é inevitável, como no exemplo de uma trágica reação agressiva com a legítima providência de se defender. No depressivo, o que predomina é o “instinto de morte” – que sacrifica a sua existência e pode pôr fim à sua própria vida. (GUARIENTE; 2002).

A dinâmica depressiva pode ser desencadeada ou despertada, em algum momento, na vida de qualquer pessoa. A intensidade dos fatores promotores há de se defrontar com a resistência psíquica e orgânica do indivíduo. Quando as resistências já não conseguirem resistir às pressões vindas de fora e de dentro, a depressão tende a se instalar. (GUARIENTE; 2002).

Vale ressaltar que as manifestações da depressão infantil, isto é, sinais e sintomas não são uma novidade, pois se formos ver o histórico da depressão infantil nos deparamos com relatos a partir do século XVIII.

5. HISTÓRICO DA DEPRESSÃO INFANTIL

O primeiro relato sobre transtornos patológicos do humor aparece na Bíblia, no livro de Job (1500 a.C). Contudo, as primeiras referências clínicas e doutrinárias encontram-se nos escritos de Hipócrates (460 – 370 a.C). O maior mérito da formulação de Hipócrates deve-se ao fato de atribuir uma origem natural à melancolia (ação da bÍlis negra), idéia que perdurou por longo tempo. (MILLER; 2003).

Muitos estudiosos como Aretaus (início do século I a.C); Galeno (Segundo século da Era Cristã), Plutarco (Segundo século d.C), Pínel (Século XVIII), Griesinger (Século XIX), Fabret e Baillarger (Século XIX) e Kraepelin (também no século XIX), também relataram os sintomas da melancolia e da depressão.

Assumpção afirma que desde meados do século XVIII a depressão tem sido encontrada em crianças. Até a década de 1960, a depressão infantil não era contemplada como alteração psiquiátrica. (MILLER; 2003).

Nos anos 70 surge o conceito de depressão mascarada e equivalentes depressivos. A partir desse conceito, acreditava-se que a hiperatividade, a enurese, o aumento da agressividade, a ansiedade e a insônia eram fenômenos equivalentes depressivos. (MILLER; 2003).

Alguns autores consideram a depressão infantil equiparável à do adulto e propõem que esta seja diagnosticada com os mesmos critérios e mesmos instrumentos. Outros autores afirmam que a depressão infantil é distinta da depressão do adulto. Outros autores, afirmam que a depressão infantil pode

aparecer em idades inferiores a 6 anos e se trata de uma síndrome com características específicas, própria da infância. (MILLER; 2003).

Para Sprtz, a depressão no adulto e a depressão na criança não são comparáveis, mas entidades psiquiátricas completamente diferentes. Os sintomas são similares, mas o processo subjacente é diferente. Esse conceito é aceito e bastante investigado até os dias atuais. (MILLER; 2003).

Em 1977, em estudo realizado por Kovacs e Beck a depressão infantil foi considerada uma entidade Sindrômica, independente da do adulto, a partir desse estudo, foram estabelecidos critérios de diagnóstico clínico, psicológico e biológico.

O termo depressão, em seu contexto clínico, não se refere a uma patologia caracterizada obrigatoriamente por humor deprimido, mas a um complexo sindrômico caracterizado por alterações de humor, psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos. (MILLER 2003).

Segundo Bowlby na maioria das formas de distúrbios depressivos, a principal questão que leva uma pessoa a se sentir desamparada refere-se a sua capacidade de estabelecer e de manter relações afetivas. (MILLER; 2003).

Percebe-se que o conceito depressão vem sendo estudado por vários autores e que, com o decorrer do tempo, foi sendo classificado de diversas formas.

Muitos critérios diagnósticos como RDC ("The Research Diagnostic Criteria"), de Spitzer, DSM III ("Diagnostic and Statistical Manual"), DSM III-R, DSM IV e CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), têm sido utilizados com o objetivo de maior fidedignidade. (MILLER; 2003).

Apenas a partir do século XX as Síndromes Depressivas começaram a receber atenção da psiquiatria, com o estudo das conseqüências comportamentais

da privação sensorial ou social de crianças institucionalizadas e separadas de suas mães.

Termos como “depressão analítica”, “depressão mascarada” e “equivalentes depressivos” foram utilizados para referir-se ao quadro depressivo onde a sintomatologia depressiva propriamente dita não era manifestada, mas mascarada pelas queixas somáticas, pelo comportamento delinqüente, pela fobia escolar e pelas dificuldades de aprendizagem. Mas essa idéia era insatisfatória e controversia. (MILLER; 2003).

Nessa época, a psicanálise influenciava as teorias do desenvolvimento infantil. O enfoque era na melancolia e nessa suprema dos conceitos psicanalíticos, o que retardou o não reconhecimento da depressão na infância. (MILLER; 2003).

Até a década de 1960, os estudos eram teóricos. Diferenças entre o transtorno depressivo na criança e no adolescente e do adulto começam a ser estabelecidos. (MILLER; 2003).

Foi somente a partir do ano 1970 que os estudos depressivos na infância e adolescência começaram a ser valorizados como problemática. Os adventos de novos medicamentos psicofarmacológicos e os polêmicos teóricos incentivaram o melhor reconhecimento dos quadros depressivos nessa época da vida. (MILLER; 2003).

Nesse período, o famoso psicólogo John Bowlby teve particular importância, pois trouxe à tona discussões relevantes sobre a aliança entre abordagens biológicas e comportamentais. Para ele, os processos biológicos eram influenciados por fatores ambientais, como o cuidado e o afeto com os filhos, a boa socialização e as experiências educacionais. Ao mesmo tempo, diferenças

individuais no temperamento e na personalidade das crianças não eram sempre originadas pela forma de educar. (MILLER; 2003).

Foi na década de 1980 que o DSM-III (Manual do diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, terceira revisão) introduziu oficialmente critérios diagnósticos para a depressão em crianças e adolescentes. Na categoria dos transtornos depressivos, o quadro da criança, do adolescente e do adulto foi considerado semelhante, não havendo praticamente distinção na semiologia descritiva nos diferentes faixas etárias. (MILLER; 2003).

Guariente e Carlon (2002) questionaram essa similaridade, insistindo que a experiência e a expressão da depressão na criança e no adolescente dependem do nível de desenvolvimento cognitivo e afetivo. Também criticaram a fixação em determinado número de itens para o diagnóstico do transtorno.

No ano de 1980, o conhecimento, a biologia, psicologia, sociologia e do estudo do desenvolvimento humano contribuíram muito e aliaram-se a uma única abordagem psicopatológica do desenvolvimento. Em 1992, a Organização Mundial da Saúde publicou a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10, com considerações sobre a depressão em crianças e adolescentes idênticas às do adulto. (MILLER; 2003).

Atualmente, avanços da neurociência, genética, neuroimagem, neuroquímica e neuropsicologia têm relevado a complexidade do processo e das interações cérebro-comportamento, sendo necessárias diferentes teorias para explicar os problemas em psiquiatria da infância e da adolescência. (MILLER; 2003).

Nos dias atuais, a depressão infantil é uma realidade, sendo assim precisamos conhecer e compreender esta patologia para podermos preveni-la e tratá-la.

6. DEPRESSÃO INFANTIL

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de compreender o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir com seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infantil e dos adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existem na infância e adolescência. (MILLER; 2003).

A depressão foi considerada a principal doença psiquiátrica do século, afetando aproximadamente oito milhões de pessoas. A morbidade da depressão se reflete no fato de que os adultos deprimidos são 20 vezes mais propensos a morrer de acidentes ou de suicídio do que adultos sem nenhum transtorno psiquiátrico. Os quadros de Distímia quanto de Transtorno Afetivo Bipolar podem surgir pela primeira vez durante a adolescência e o reconhecimento precoce de um estado depressivo poderá ter profundos efeitos na futura evolução da doença. (MILLER; 2003).

A depressão na criança e/ou adolescente pode ter início com perda de interesse pelas atividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante dos jogos, brincadeiras, esportes, sair com os amigos, etc., além de apatia, adinamia e redução significativa da atividade. Às vezes pode haver tristeza. (MILLER; 2003).

De forma complementar aparece diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto-estima, idéias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida.

De acordo com DSM IV (1994), manual freqüentemente empregado no diagnóstico de transtornos mentais, a depressão infantil é semelhante a depressão no adulto, de forma que os mesmos critérios de diagnósticos de depressão no adulto podem ser utilizados para avaliar a depressão na criança. (MILLER; 2003).

A Depressão Infantil não se traduz, invariavelmente, por tristeza e outros sintomas típicos. A diferença entre os momentos nos quais as crianças podem estar tristes ou aborrecidas com quaisquer fatores vivenciais que as molestem está principalmente, no tempo e na motivação para esse sentimento. A Depressão Infantil tem sido cada vez mais observada devido, em parte, à atualização conceitual e atenção médica crescente sobre esta doença. (MILLER; 2003).

Apesar da Depressão, tanto no adulto quanto na criança, ter como modelo de diagnóstico a conhecida constelação de sintomas, decorrentes da tríade sofrimento moral, a inibição psíquica global e no estreitamento do campo vivencial, as diferentes características pessoais e as diferentes situações vivenciais entre o adulto e a criança, farão com que os sintomas secundários decorrentes dos sintomas básicos sejam bem diferentes. O sofrimento moral, por ser responsável pela baixa auto-estima, no adulto pode se apresentar como um sentimento de culpa e, na criança, como ciúme patológico do irmão mais novo. (MILLER; 2003).

Nas crianças e adolescentes é comum a Depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga perda de apetite, diminuição da atividade, queixas inespecíficas, tais como cefaléias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura, tonturas, etc. Na esfera do comportamento, a Depressão na Infância e Adolescência pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. (MILLER; 2003).

Difícilmente veremos uma criança queixando-se de angústia, um vazio dentro de si, um medo indefinido, insegurança, auto-estima baixa, perda de prazer com as coisas, perspectiva sombrias. Isso é discurso de depressivo típico e de adultos. Na criança a depressão é completamente diferente. (MILLER; 2003).

O Transtorno Depressivo Infantil é um quadro clínico sério e capaz de comprometer o desempenho, o desenvolvimento e a maturidade psicossocial. A maior dificuldade no diagnóstico, estudo e tratamento da depressão infantil é proporcionada pela descrença na existência da doença. (MILLER; 2003).

Outro fator que compromete o entendimento da depressão infantil é a grande diferença entre seus sintomas e os sintomas de depressão do adulto. Enquanto o adulto deprimido consegue falar sobre seus sentimentos, deixando clara a tonalidade depressiva de seu afeto e, conseqüentemente, de seus sintomas depressivos, a criança não consegue ter essa consciência e sua depressão só pode ser indiretamente suspeitada através de seu comportamento. (MILLER; 2003).

Entre os sintomas que podem ser apresentados pela criança que possui um quadro depressivo estão: apatia; melancolia; anedonia; ou seja, falta de interesse por brincadeiras com os colegas e desânimo para realizar as tarefas escolares, hiperatividade, queixas somáticas como dores abdominais, cefaléia, diarreia, falta ou exagero de apetite, insônia, agressividade ou possibilidade exagerada, dificuldades cognitivas, indisciplina, idéias ou até mesmo comportamentos suicidas. (MILLER; 2003).

O Manual de diagnóstico DSM-VTR (APA, 2002) e alguns autores descrevem sintomas psicológicos, comportamentais, cognitivos, sendo unânimes ao apontar as dificuldades escolares como marcadores do processo depressivo infantil.

As crianças que apresentam um quadro de depressão infantil sofrem

alterações em seus comportamentos, gerando na maioria dos casos, conseqüências negativas em seu rendimento escolar. (MILLER; 2003).

Pelo fato da aprendizagem apresentar-se prejudicada em crianças acometidas por depressão infantil emite-se, freqüentemente diagnósticos equivocados em relação a estas crianças confundindo algumas vezes com hiperatividade, déficit de atenção dentre outros. (MILLER 2003).

Na criança e adolescente a forma atípica desse transtorno afetivo esconde os verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, agressividade, hiperatividade e rebeldia. As crianças mais novas devido a incapacidade para comunicar verbalmente seu verdadeiro estado emocional, manifestam a depressão de forma mais atípica ainda, notadamente com hiperatividade. (MILLER; 2003).

Embora as crianças com depressão manifestem sintomatologia atípica, algumas delas podem apresentar sintomas clássicos, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças do hábito alimentar e do sono, ou ainda problemas físicos, tais como dores atípicas, algumas delas podem apresentar sintomas clássicos, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças do hábito alimentar e do sono, ou ainda problemas físicos, tais como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal estar em geral, enfim, queixas que não respondem ao tratamento médico habitual. (MILLER; 2003).

Apesar da tamanha importância da Depressão Infantil e da Adolescência, em relação à qualidade da vida emocional, em relação ao desempenho escolar, ao ajuste interpessoal, ao sucesso no trabalho e em tantas outras áreas da atividade humana, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras e nem adequadamente diagnosticado. (VELASCO; 2009).

A depressão na criança pode ser inicialmente percebida como perda de interesse pelas atividades habitualmente interessantes, como uma espécie de aborrecimento constante diante dos jogos, brincadeiras, esportes, sair com os amigos, etc. além dessa apatia, preguiça e redução significativa da atividade, às vezes pode haver tristeza, mas essa não é a regra geral. (VELASCO; 2009).

Aparecem sintomas muito significativos como, diminuição da atenção e da concentração, perda da concentração, perda da confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto-estima, idéias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtorno do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade do caso, até ideação suicida. (VELASCO; 2009).

Do ponto de vista biológico, a depressão é encarada como uma possível disfunção dos neurotransmissores e neurorreceptores, com fortes evidências de fatores genéticos ou falhas em áreas cerebrais específicas. Antigamente classificava-se esse tipo de depressão como sendo endógena, ou seja, de natureza constitucional. Embora as classificações não utilizem mais estes termos, o conceito de “Depressão Endógena” permanece verdadeiro e esse é o tipo de depressão que afeta as crianças com mais frequência. (VELASCO; 2009).

Além deste tipo de depressão existe aquela de natureza psicológica, associada às vivências e aspectos psicodinâmicos da personalidade. Na perspectiva social a depressão pode representar uma desadaptação, geralmente consequência de alteração dos mecanismos culturais, familiares, escolares, etc. Neste, caso as variáveis psicológicas e sociais caracterizam um tipo de depressão anteriormente chamada de Depressão Exógena, ou seja, a depressão que representa uma reação a problemas psicológicos. (VELASCO; 2009).

A Depressão Infantil não se traduz, invariavelmente, por tristeza e outros sintomas típicos dos adultos como foram dito acima. É muito importante saber que existem momentos nos quais as crianças podem estar tristes, irritadas, aborrecidas em resposta a vivências circunstanciais. Essas manifestações emocionais nada têm a ver com depressão, pois são fisiológicas, fugazes, e passageiras. Entretanto, pode-se suspeitar de algum componente depressivo quando essas manifestações de aborrecimento, birra, irritação, inquietação ou outros rompantes são constantes e freqüentes, quase caracterizando uma maneira dessa criança ser e reagir. (VELASCO; 2009).

Nas crianças e adolescentes é comum a depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga, perda de apetite, diminuição de atividade, queixas inespecíficas, tais como cefaléias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura, etc. A depressão na infância costuma se manifestar ainda por insônia, choro, baixa concentração, irritabilidade, rebeldia, tiques, medos, lentidão psicomotora, problemas de memória, desesperança, ideações e tentativas de suicídio. A tristeza pode ou não estar presente. (VELASCO; 2009).

É importante, para realizar um bom diagnóstico, ter o conhecimento dos diferentes sintomas da depressão infantil em relação ao desenvolvimento das crianças.

7. LISTA DOS SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO (MILLER; 2003)

Bebês	<ul style="list-style-type: none"> - Sem resposta ao falar com eles ou tocá-los, nunca sorriem ou choram, ou pode chorar com muita frequência, sendo difícil acalmá-los; - Incapazes de ganhar peso (que não seja consequência de outra enfermidade); - Sem motivação nas brincadeiras; - Problemas para comer ou dormir; - Distúrbios digestivos (constipação /diarréia); - Inquietos, excessivamente sensíveis a barulhos ou ao toque.
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza persistente, negatividade, reclamação de tédio crônico, falta de iniciativa; - Desobediência constante; - Facilmente se frustram, choram frequentemente, baixa auto-estima, excessivamente sensíveis; - Incapacidade de prestar atenção, lembrar ou tomar decisões, distraem-se facilmente, esquecem o que estavam pensando; - Problemas de alimentação e sono; - Urinam na cama, têm constipação, diarréia, impulsividade, estão sujeitos a acidentes;

<p>Pensamentos sobre o suicídio ou tentativas de realizá-lo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupações ou medo crônico; - Grande constrangimento; - Fala ou movimentos corporais lentos; - Sintomas físicos, como tontura, dor de cabeça, dor de estômago, dores nos braços ou pernas, ato de roer as unhas (que não sejam consequência de outras causas médicas).
--	---

Na esfera do comportamento, a Depressão Infantil pode causar deterioração nas relações interpessoais, familiares e sociais, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da Depressão Infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio, memória interferem sobremaneira no rendimento escolar. (MILLER; 2003)

A expressão clínica da depressão na infância é bastante variável e varia também em função das diversas faixas etárias, ambientes socioculturais, estruturas familiares. (MILLER; 2003)

Evidentemente, como em todos manuais de diagnóstico, não é obrigatório a criança completar todos os critérios da lista acima para se diagnosticar a depressão infantil. Para sugerir à necessidade de atenção especial a criança deve satisfazer um número suficiente desses. (MILLER; 2003)

7.1. Evolução dos Sintomas com a Idade

Na **fase pré-verbal** é possível suspeitar do humor (ou afeto) rebaixando através de expressões mímicas e do comportamento da criança. A inquietação, o

retraimento social, choro freqüente, recusa alimentar, apatia e alterações do sono podem ser indícios de humor deprimido nesta fase. (VELASCO; 2009).

Na **fase pré-escolar** as crianças podem somatizar o transtorno afetivo, manifestando dor abdominal, alteração do apetite, falta do ganho de peso, retardando no desenvolvimento físico esperado pela idade, fisionomia triste, irritabilidade, hiperatividade e medo inespecífico. (VELASCO; 2009).

Dos 2-3 anos até a **fase escolar**, algumas vezes por mais tempo, a Depressão Infantil pode se manifestar com quadro de Ansiedade de Separação na infância, onde existe sólida aderência da criança à figura de maior contacto (normalmente a mãe), ou até sinais sugestivos de regressão psicoemocional, como a fala mais atrasada, encoprese (evacuar na roupa) e enurese (xixi na roupa). Isso gera fracassos e a confrontação continuada com fracassos acaba proporcionando auto-estima muito baixa, podendo levar a criança a apresentar sentimentos de inferioridade, isolamento social e até mesmo problemas de conduta. (VELASCO; 2009).

Na **primeira infância** se detectam alterações depressivas quando o lactante é pouco comunicativo, confundido normalmente com um bebê muito bonzinho ou, por outro lado, quando a depressão se manifesta com irritabilidade, caracterizando bebês irritáveis, com tendência a hiperexcitabilidade, ou ainda, com retraimento social e aversão a estranhos, fazendo os bebês estranharem muito as mínimas mudanças em seu entorno. (VELASCO; 2009).

Na faixa etária bastante precoce existe a questão do **apego**, é um impulso primário e inato, parte de um processo de seleção natural onde a criança desenvolve um forte **vínculo afetivo** para com a figura de maior ligação afetiva, em geral é a mãe. O apego é uma resposta de busca de proteção necessária à sobrevivência da

espécie. O bebê afetivamente mais sensível pode ter dificuldades em relação ao apego e vice-versa, ou seja, problemas na oferta do vínculo afetivo podem ocasionar dificuldades afetivas futuras. (VELASCO; 2009).

A afetividade normal se relaciona com um vínculo afetivo ou apego seguro ou satisfatório, desde a lactância até três anos e meio, mas certos padrões inseguros de apego ocorre quando existe alguma tendência depressiva. O padrão de apego desenvolvido desde tenra idade será uma das molas mestras para futuros sentimentos de conforto e segurança determinados pelas relações posteriores. (VELASCO; 2009).

Quando os lactantes são separados bruscamente de sua figura de apego, como é o caso de uma hospitalização precoce, morte da mãe ou abandono, suas reações tendem a seguir um padrão semelhante ao processo de luto do adulto. Assim, em uma primeira fase da separação o lactante bruscamente apartado pode manifestar ira e desespero. Isso dura algum tempo. (VELASCO; 2009).

Na segunda fase dessa separação a criança tende a ficar apática e quase imóvel. É a **fase de desapego ou indiferença**. Nessa etapa a criança não manifesta mais emoções diante do reencontro com a figura com a qual era apegada. Algumas mães que reencontram seus bebês depois de algum tempo de ausência percebem que eles se comportam como se nem a conhecessem. Essa experiência de perda não se relaciona com as necessidades de alimento, mas sim de calor, carinho ou contato. (VELASCO; 2009).

Dois fatores têm especial importância nas características da separação: o temperamento da criança e as características pessoais da figura materna. Quanto mais sensível afetivamente for a criança, maiores os prejuízos futuros que a

separação ou abandono proporcionarão. O estado de dor e aflição prolongada pode se manifestar por qualquer etapa da seqüência: protesto, desespero e desinteresse.

Vem à **fase de desinteresse paradoxal**, o qual se manifesta por indiferença às recordações da figura de apego. Há aqui uma espécie de "ouvido o seletivo" e a criança parece não reconhecer o nome ou a voz da figura de apego. Às vezes surge um comportamento alternativo ao desinteresse paradoxal, ou seja, algumas crianças podem mostrar-se exatamente ao contrário das características. Nesse caso elas se tornam extremamente sensíveis a qualquer recordação da figura de apego, podendo manifestar mal estar agudo diante de estímulos que lembrem a pessoa. (VELASCO; 2009).

A forma mais eficaz de prevenir a depressão infantil é conhecer suas causas e intervir, precocemente, no processo saúde – doença.

8. AS CAUSAS DA DEPRESSÃO INFANTIL

No último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão se situa em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças, e as perspectivas são ainda mais sombrias. Se persistir a incidência da depressão, até 2020 ela estará em segundo lugar. Em todo o mundo, somente a doença isquêmica cardíaca a suplantará. (MILLER; 2003).

As crianças sofrem um abalo na auto-estima reforçando a depressão, pois os distúrbios têm efeito sobre a capacidade cognitiva da criança, diz Castro (2001). O fato de estarem a passar por problemas como, por exemplo, brigas e separação, dos pais, na maioria das vezes, não atentem para o caminho e a atenção que os seus filhos precisam, não dando conta que falta de atenção por parte deles reflete-se no comportamento da criança através da agressividade, timidez profunda, isolamento social e baixa auto-estima. Estes comportamentos podem fazer com que a criança seja discriminada por parte das outras crianças, e ninguém se apercebe que estes comportamentos podem ser sintomas depressivos. (MILLER; 2003).

A mudança de comportamento de uma criança pode estar relacionada com as perdas que ela poderá sofrer, estando esta mudança, ligada aos sintomas depressivos, já que as situações de perda podem ser traumáticas para a criança. Principalmente se forem referentes a morte de um ou ambos os pais, perda de alguém da família que seja muito próximo à criança ou ainda, a perda de algo que seja muito significativo para ela. A fase mais crítica para a criança sofrer estes tipos de traumas é a dos 6 meses a 4-5 anos, onde podem apresentar sintomas de perda

da possibilidade de contato com o próximo e sentimentos de não mais ser amada. (MILLER; 2003).

A Depressão Infantil pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas estão principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória interferem sobremaneira no rendimento escolar. (MILLER; 2003).

A depressão e a ansiedade influenciam o rendimento escolar, a criança até pode ir à escola, mas não estuda como deve ser, os resultados não são bons. Não se sabe exatamente os motivos que levam as crianças e os jovens a sentirem-se profundamente tristes e deprimidos, porém, acredita-se que o mundo em que vivemos está a tornar-se cada vez mais complexo e muitas crianças e adolescentes não se sentem preparados para lidar com as novas situações e os problemas decorrentes da realidade. (MILLER; 2003).

A criança ou adolescente deprimido mantém, por semanas, um estado de tristeza permanente e uma incapacidade em retomar o ritmo normal da sua vida. (MILLER; 2003).

A depressão em crianças pode ter vários níveis, pode ser uma depressão ligeira, é bastante comum, quando a criança vive momentos de profunda tristeza, mas consegue ultrapassá-los sozinho, sem que os pais tenham percepção do ocorrido. A depressão é moderada quando a criança não consegue sozinha ultrapassar os problemas. Os períodos de tristeza são mais longos e, portanto, mais facilmente percebido pelos pais ou educadores, que poderão assim intervir e ajudá-lo. Outro nível da depressão infantil é a depressão grave, esta é caracterizada pelos períodos contínuos de profunda melancolia e que podem levá-lo a pensar em suicídio. (MILLER; 2003).

Precisamos estar atentos às causas da depressão infantil, pois a partir do conhecimento das causas é que poderemos estar realizando um diagnóstico precoce e limitando os danos na saúde mental, física e social dessas crianças.

9. DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO INFANTIL

Barbosa e Lucena (1995) destacam que o diagnóstico, para os familiares da criança, é de extrema relevância. A depressão pode acarretar problemas no comportamento da criança, variando desde extrema irritabilidade à obediência excessiva, podendo ocorrer uma instabilidade significativa com relação a esses relacionamentos. (MILLER; 2003).

Andriola e Cavalcante (1999) atentam o fato de que o diagnóstico precoce é imprescindível para o tratamento e para a mudança de comportamento mais rápida. Os sintomas variam de acordo com a faixa etária da criança e, como ela ainda não é capaz de descrever seus sintomas verbalmente, é necessário, observar as formas de comunicação pré-verbal, tais como a expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento e postura corporal. (MILLER; 2003.).

Para Amaral e Pereira (2004), o diagnóstico da depressão infantil ainda é difícil de ser feito, tendo em vista as suas variáveis funcionais, e a justaposição que apresenta com outras patologias da infância e as diversas classes de depressão existentes. (MILLER; 2003).

E, segundo Andriola e Cavalcante (1999), é preciso ficar alerta para o fato de que quanto mais problemas de comportamento a criança apresentar maior será a probabilidade de um desenvolvimento atípico, já que a depressão infantil pode estar interferindo nas atividades associadas à cognição e a emoção. Quando tal criança não é tratada a tempo, poderá desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças. (MILLER; 2003).

De difícil diagnóstico no público infantil, esta doença desafia pais, professores, médicos e psicólogos. Todos precisam estar atentos para reverter o quadro, o quanto antes, e amenizar o impacto negativo dos seus efeitos, que podem durar por toda uma vida quando não tratamos devidamente. (MILLER; 2003).

Desta forma, assim que for confirmado o diagnóstico, a criança precisa realizar o tratamento com urgência, para que se evite seqüelas da depressão infantil na vida adulta.

10. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO INFANTIL

É muito difícil tratar a depressão em crianças sem os pais estarem esclarecidos sobre a natureza da enfermidade, os seus sintomas, causas, provável evolução e as opções medicamentosas. Encaixadas em situações particulares e específicas, as simbologias de depressão infantil dos médicos, psicólogos e profissionais da educação ajudam a clarear as explicações sobre vários discursos, mostrando as experiências vividas e as formas particulares de pensamento e de atuação. (GUARIENTE; 2002).

As famílias apercebem-se das mudanças da criança, mas na maioria das vezes não compreendem as causas. A incompreensão das famílias, a perturbação na vida familiar, na escola e na vida social, torna-se um problema que as famílias precisam, de alguma forma, resolver. A maioria dos autores concorda que a psicoterapia pode controlar os casos de depressão. Este método oferece a vantagem de não empregar medicamentos e diminuir o risco de recaída. (GUARIENTE; 2002).

Conforme Calderano e Carvalho (2005), alguns fatores influenciam de forma direta no aparecimento de depressão em criança, tais como: hereditariedade, condições sociais, configuração familiar, a função materna, o início do funcionamento psíquico e o superego. (GUARIENTE; 2002).

Bahls (2002) reconhece que a presença de depressão em um dos pais aumenta em até três vezes o risco de aparecimento na criança, seguindo por estressores ambientais, como abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo. (GUARIENTE; 2002).

Calderano e Carvalho (2005) afirmam que a doença psíquica de um dos pais constitui 43% de chance de ocorrer em seu filho e geralmente filhos de pais depressivos tendem a desenvolver o mesmo mal, além de outros transtornos de ordem mental e distúrbios de conduta. (GUARIENTE; 2002).

A hereditariedade pode ser um fator importante, mas não determinante único no aparecimento da patologia, e para melhorar a saúde mental do filho é importante tratar primeiramente os pais e trabalhar com tentativas de mudança no padrão familiar. (GUARIENTE; 2002).

Milavic (1985), citado por Andriola e Cavalcante (1999), aponta que crianças que possuem pais depressivos podem ser mais propensas a desenvolver a depressão, pois além da provável imitação dos comportamentos depressivos dos pais, há também a possibilidade da herança genética. (GUARIENTE; 2002).

O fator constitucional da criança, como o comportamento dos pais, são determinantes dos problemas psiquiátricos das crianças. Um controle excessivo pode levar a uma inibição, repressão e aumento da autocrítica, um pai inadequado pode ter dificuldade em estimular o filho a demonstrar afeto. Os pais que são prejudicados por problemas psiquiátricos têm menos probabilidade de ensinar comportamentos adequados a seus filhos. (GUARIENTE; 2002).

Segundo Calderano e Carvalho (2005), um ambiente familiar saudável, é capaz de suprir as necessidades básicas como acolhimento. (GUARIENTE; 2002).

Bowlby (1998) aponta que na maioria dos distúrbios depressivos a principal questão a ser observada é a capacidade de estabelecer e manter relações afetivas. O sentimento de desamparo pode, nesse caso, ser atribuído às experiências vividas pela pessoa da família de origem. Essas experiências são de três tipos correlatos ou de uma combinação deles. É possível que a pessoa tenha

passado pela experiência de nunca ter estabelecido uma relação estável e segura com seus pais. E essas experiências infantis fazem com que ela desenvolva uma acentuada tendência a interpretar qualquer perda como mais de um de seus fracassos em estabelecer e manter uma relação afetiva estável. Pode ser que tenham dito à pessoa que ela era indigna ser amada ou inconveniente, e/ou incompetente. Sempre que uma pessoa assim sofre uma adversidade, longe de achar que as pessoas podem ajudá-las, espera delas hostilidade ou rejeição. Ou mesmo, essa pessoa provavelmente tenha sofrido a perda de um dos seus pais durante a infância, acarretando-lhe conseqüências que por mais desagradáveis que tenham sido, foram importantes para mudar seu comportamento. (GUARIENTE; 2002).

Segundo Calderano e Carvalho (2005), um ambiente familiar saudável, é capaz de suprir as necessidades básicas como acolhimento e proteção, proporcionando à criança um desenvolvimento emocional saudável. Quando esse ambiente é inexistente, a criança se utiliza de mecanismos específicos para lidar com as dificuldades, comprometendo, dessa forma, o desenvolvimento das estruturas de personalidade que estão se formando na infância. (GUARIENTE; 2002).

Calderano e Carvalho (2005) ainda afirmam que as pessoas que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis são mais propensas a desenvolver patologias físicas e mentais. Habitualmente nessas famílias de baixa renda, a figura masculina ocupar lugar secundário, o desemprego é elevado, há uniões transitórias entre casais, e o alcoolismo e a violência se encontram presentes. Ainda segundo o mesmo autor, as crianças nesse contexto sofrem conseqüências diretas dessa

desestruturação, uma vez que não têm assegurada a condição básica necessária para um bom desenvolvimento. (GUARIENTE; 2002).

No Tratamento da Depressão Infantil, o médico, o psicólogo, os pais e professores devem estar envolvidos nesse processo.

O tratamento da depressão infantil deve estar baseado em dois pilares: o medicamento e a psicoterapia.

Esta última é imprescindível, pois em muitas depressões leves a psicoterapia é suficiente para curá-la. Em depressões mais graves deve-se associar o tratamento medicamentoso com a psicoterapia.

11. MÉTODO

Uma monografia de revisão bibliográfica tem como premissa não aportar uma pesquisa original, quer dizer, com dados novos, mas é a de verificar, comparar, analisar as informações selecionadas.

A revisão bibliográfica é a base que sustenta qualquer pesquisa científica, para conseguir avançar em determinado campo do conhecimento é preciso conhecer o que já foi desenvolvido por outros pesquisadores.

Esta pesquisa foi realizada com caráter qualitativo, utilizando-se de uma detalhada busca bibliográfica através de livros específicos, artigos científicos, monografias, pesquisa via internet e revistas de psicologia.

A partir da revisão bibliográfica dos autores Effrey A. Miller, Julio César Arroyo Guariente, Julio Sergio Verztman, Joviana Quintes Avanci, Simone Gonçalves de Assis, Renata Pires Pesce, entre tantos outros, objetivei buscar uma gama variada de conhecimentos dos mais simples aos mais elaborados sobre a depressão infantil.

Esta versão bibliográfica sobre a depressão infantil foi realizada em três etapas:

A primeira etapa consistiu na leitura das diversas fontes sobre depressão infantil: livros específicos, artigos científicos, monografias, pesquisa via internet e revistas de psicologia.

Na segunda etapa foi realizada a filtragem do assunto proposto, depressão infantil, selecionando as informações de forma hierárquica, do assunto mais geral ao mais específico, listando as idéias principais com suas respectivas

fontes.

Na terceira etapa, as informações foram analisadas e ordenadas conforme à estrutura organizacional da monografia.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos realizados, conclui-se que a depressão infantil está intimamente ligada ao ambiente e às situações vivenciadas pela criança.

A família e a escola são, geralmente, o foco desta depressão. Situações como: divórcio dos pais, morte, abandono, doenças, maus-tratos físicos e mentais, também levam a distúrbios psicológicos na infância.

Quanto aos sintomas da depressão, pode-se constatar que tanto para o adulto como para a criança, estes sintomas são bastante semelhantes.

Mudanças no humor, choro, tristeza, distúrbios do sono, no apetite, irritabilidade, dentre outros podem ser facilmente encontrados em indivíduos que sofrem de depressão.

A depressão na criança interfere em atividades fundamentais da vida e nas fases do desenvolvimento infantil.

Em razão disso, é muito importante o diagnóstico precoce além é claro, da efetivação de medidas visando à promoção a saúde mental.

Então, vemos a importância de os pais, educadores e profissionais da área da saúde estarem atentos às manifestações das crianças, buscando seus significados mais profundos.

É necessário considerar a multifatorialidade, incluindo as condições externas da existência, de forma que as crianças possam ter efetivamente acesso aos seus direitos fundamentais no que diz respeito à saúde, envolvendo não apenas o bem-estar físico, mas também o emocional e o social.

Depressão é uma condição clínica grave que pode ocasionar graves repercussões na vida da criança e do adolescente.

Pais, professores e profissionais de saúde devem estar abertos, pois os sintomas de depressão na infância podem passar despercebidos.

A maioria das depressões é tratada com sucesso. A medicação e a psicoterapia são as terapêuticas mais indicadas e quando bem administradas irão beneficiar a reorganização e o equilíbrio químico e psíquico do depressivo, restabelecer o desempenho social da criança.

Após ter lido muitos artigos, livros, monografias e revistas especializadas sobre depressão infantil conclui-se que esta doença tem acometido um número cada vez maior de crianças porque estamos vivendo num mundo onde a concorrência é atroz, a família está em crise, o índice de desemprego é alto. Estamos vivendo em um estresse constante com uma queda crescente na qualidade de vida.

A prevenção da depressão infantil, indubitavelmente, passa pelo conhecimento da dinâmica familiar, e pela capacidade dos professores, cuidadores e pais para “treinar” o olhar perante os primeiros sinais e sintomas que a criança apresenta.

O tratamento da depressão infantil é na maioria das vezes multidisciplinar e precisa ser realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a maioria das crianças com depressão grave são aquelas que são vítimas de violência física, abuso sexual e promiscuidade.

Enfim a Depressão Infantil é caso de Saúde Pública e devem ser criadas políticas públicas específicas que contemple o tratamento de toda a família.

Sugere-se mais estudos nesta área bem com a capacitação de mais profissionais não só da psicologia como de outras áreas da saúde.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L.R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 12, n. 2. 1999. Recuperado em 13 de março 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01029721999000200011&script=sciartext&lng=PT>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

ASSUMPÇÃO, Jr. F. B. **Transtornos afetivos da infância e adolescência**. São Paulo: Lemos, 2003.

_____; KUCZYNSKI, E. Transtorno do Humor. In ASSUMPÇÃO Jr. F. B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 307 – 320.

AVANCI, Quintes Joviana; GONÇALVES, de Assis Simone; PESCE, Pires Renata. **Depressão infantil**. Rio de Janeiro, 2008.

BAHLS, S. C. Aspectos Clínicos da Depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**. v. 78, n. 5. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/iped/v78n5/7805359.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2013.

BALLONE, G.J. Depressão: In Psiqweb. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso: 11 de abr. 2013.

BARBOSA, G. A.; LUCENA, A. Depressão Infantil. **RNIA**. v. 3, n. 2, p. 23 – 30.1995. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_03_2/in_07_07.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. GAIÃO, A. A. **Apontamentos em psicopatologia infantil**. João Pessoa: Idéia, 2001.

BOOK, Ana; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, M^a de Lurdes. 13. ed. Editora Saraiva ano 1999.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

_____. Apego e Perda. v. 2. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

CALDERARO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. **Depressão na Infância: Um Estudo Exploratório**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

DEPRESSÃO infantil: revisão bibliográfica. [199-]. Disponível em: <<http://www.avape.org.br/site/jornada/depressaoinfantil.doc>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

DSM IV. **Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais**. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

FICHINER, N. **Transtornos mentais na infância e da adolescência**: Um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artmed, 1997.

FRANÇA, A. A. **Depressão infantil**: contribuição ao estudo da incidência dos sintomas em crianças em idade escolar. Monografia. Curitiba, 2001.

GARFINKEL, B. D; CARLSON, G. A.; WELLER, E. B. **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 15 – 29.

GUARIENTE, Julio César Arroyo. **Depressão dos sintomas ao tratamento**. 2. ed. Casa do Psicólogo, 2002.

MILLER, J. A. A psicanálise e a psiquiatria. **Revista do Campo Freudiano**. Falo: v. 1, p. 133 – 127. 1987.

_____. **O Livro de referência para a depressão infantil**. São Paulo: M. Books, 2003.

MOURA, C. B.; VENTURELLI, M. B. Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. **RBCC**. v. 6, n. 1, p. 17 – 30. 2004. Disponível em: < <http://scielo.bvs-psi.org.br/pdf/rbtcc/v6n1/v6n1a03.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CID -10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da**. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas Ltda., 1993.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **CID-10 Classificação Internacional das Doenças**. 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

PEREIRA, D. A. P.; AMARAL, V. L. A. R. do. Validade e precisão da escala de avaliação de depressão para crianças. **Avaliação Psicológica**. Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 189 – 204 dez. 2007. Disponível em: < <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

POLAINO, A.; DOMÉNECH, E. L. **Las depresiones infantiles**. Madrid: Morata, 1988.

SPITZ, Ar. **O primeiro ano de vida**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes Ltda, 1980.

VELASCO, Miguel Paulo. **Depressão e transtornos mentais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

WEBER, L. N. D.; PRADO, P. M.; VIEZZER, A. P.; BRANDERBURG, O. J. Identificação de estilos parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Curitiba, v. 17 n. 3, p. 323 – 331, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 abr. 2013.